

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM/ DINTER/UFSC-UFRN**

**MARIA CLÁUDIA MEDEIROS DANTAS DE RUBIM COSTA**

**CONFIGURANDO O MODELO DA PRÁTICA DO CUIDADO  
DO ENFERMEIRO OBSTETRA À MULHER NO PARTO  
HOSPITALAR: REVELANDO CONTRADIÇÕES E  
POSSIBILIDADES**

**FLORIANÓPOLIS  
2015**



**MARIA CLÁUDIA MEDEIROS DANTAS DE RUBIM COSTA**

**CONFIGURANDO O MODELO DA PRÁTICA DO CUIDADO  
DO ENFERMEIRO OBSTETRA À MULHER NO PARTO  
HOSPITALAR: REVELANDO CONTRADIÇÕES E  
POSSIBILIDADES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

**Área de Concentração:** Filosofia, Saúde e Sociedade.

**Linha de Pesquisa:** Políticas, Gestão, e Avaliação do Cuidado em Saúde e em Enfermagem.

**Grupo de Pesquisa:** GEPADES – Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração, Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde.

**Orientadora:** Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

**FLORIANÓPOLIS  
2015**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Costa, Maria Cláudia Medeiros Dantas de Rubim  
Configurando o modelo da prática do cuidado do  
enfermeiro obstetra à mulher no parto hospitalar :  
revelando contradições e possibilidades / Maria Cláudia  
Medeiros Dantas de Rubim Costa ; orientadora, Alacoque  
Lorenzini Erdmann - Florianópolis, SC, 2015.  
352 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem obstétrica. 3. Cuidados de  
enfermagem. 4. Parto normal. 5. Complexidade. I. Erdmann,  
Alacoque Lorenzini. II. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III.  
Titulo.

**MARIA CLÁUDIA MEDEIROS DANTAS DE RUBIM COSTA**  
**CONFIGURANDO O MODELO DA PRÁTICA DO CUIDADO**  
**DO ENFERMEIRO OBSTETRA À MULHER NO PARTO**  
**HOSPITALAR: REVELANDO CONTRADIÇÕES E**  
**POSSIBILIDADES**

Tese submetida à avaliação da banca examinadora para a obtenção de  
título de

**DOUTOR EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 30/04/2015 atendendo as normas da legislação vigente da  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em  
Enfermagem. Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

---

Dra. Vânia Marli Schubert Backes  
Coordenadora do Programa

**Banca Examinadora**

---

Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

---

Profa. Dra. Bertha Cruz Enders

---

Profa. Dra. Evanguelia Kotzias Atherino Santos

---

Profa. Dra. Elaine Verena Resener

---

Profa. Dra. Marli Terezinha Stein Backes

---

Profa. Dra. Selma Regina de Andrade



## DEDICATÓRIA

Aos meus maiores tesouros, Lucas e Lara, que demonstraram maturidade, apesar da pouca idade, nos momentos de ausência, em fases extremamente importantes e de significados em suas vidas. A eles dedico a tese como fruto de um exemplo a ser seguido, de uma caminhada árdua, mas prazerosa, de conquista e principalmente como demonstração do amor incondicional que tenho por eles. Ao meu esposo, que tem se demonstrado um grande companheiro, excelente pai, e que contribuiu, durante o nosso convívio, para o meu crescimento pessoal e profissional. A ele, meu grandioso amor.





## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me oportunizado o dom da vida e o prazer de poder conquistar os grandes desafios, através da fé e da presença Dele em minha jornada.

Ao meu amado esposo, que assumiu a responsabilidade quase que por completa dos nossos maiores tesouros com muita sabedoria e maestria, mantendo o equilíbrio em todos os momentos.

À minha mãe, pela compreensão da minha ausência, na fase da vida que ela mais necessitava do meu cuidado como filha e como enfermeira.

Ao meu irmão Márcio, que assumiu a responsabilidade do cuidado de nossa querida mãe para que eu pudesse realizar esse sonho.

Ao meu irmão Manuel, pela demonstração de esperança e luta nos momentos mais difíceis das nossas vidas.

Às minhas colegas do doutorado, pela convivência e torcida durante o caminho, especialmente a Simone Pedrosa, Edilene Rodrigues, Maria Lúcia, Sheila Saint Clair e Lauriana Medeiros.

À Edilene Rodrigues, que me deu a oportunidade de concorrer ao processo seletivo do doutorado, mesmo estando afastada da EEN, e pelo companheirismo nas horas difíceis.

À minha amiga irmã Simone Pedrosa, que esteve junto comigo nas grandes inquietações e indefinições, sendo minha grande parceira no ambiente de trabalho, na família e no doutorado.

Aos amigos e colegas de trabalho, que assumiram, muitas vezes, minhas responsabilidades para que eu estivesse nas atividades do doutorado.

Aos colegas do GEPADES, que me acolheram e demonstraram carinho durante o convívio no grupo.

À Professora Doutora Francisca Georgina, que forneceu excelentes contribuições no aprendizado da TFD e demonstrou a sua capacidade em colaborar com o meu crescimento na pesquisa.

A todas as professoras do Programa de Pós-Graduação, que com muita leveza e sabedoria nos mostraram o caminho da pesquisa.

À Reitora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Professora Ângela Paiva Cruz pelo incentivo à qualificação do corpo docente da Universidade e por ter oferecido todo o apoio para que eu realizasse este sonho.

À coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (PEN-UFSC), Professora Dra. Vânia Marli Schubert Backes, e à coordenadora do DINTER, Professora Dra. Flávia Ramos, que não mediram esforços para que o curso transcorresse da melhor forma possível.

Às coordenadoras locais do DINTER, inicialmente Professora Dra. Francis Tourinho e posteriormente a Professora Dra. Jovanka Bittencourt, que proporcionaram segurança durante todo o processo de doutoramento.

Às Professoras Doutoras Bertha Cruz Enders, Evanguelia Kotzias Atherino Santos, Elaine Verena Resener, Marli Terezinha Stein Backes, Selma Regina de Andrade, Francisca Georgina Macedo de Sousa, Betina Horner Schlindwein Meirelles, por se disponibilizarem a participar da banca de defesa e por contribuírem para o crescimento do meu trabalho.

Ao amigo Petrônio Spinelli, sempre companheiro de luta e grande exemplo na minha vida profissional. Ter acreditado no meu potencial me motivou para entender que o caminho era promissor.

À amiga Sonaira Larissa, que mesmo sem entender escutava com muito carinho minhas lamentações e aflições.

Ao Severino Clemente, gerente administrativo do HUAB, que amenizava as dificuldades do trabalho para que eu pudesse ter serenidade na construção da tese.

Aos colegas da EEN e do HUAB, que sempre torceram por mim.

Ao bibliotecário Gláucio Tavares, pela disponibilidade em realizar a formatação da tese, sempre com muito compromisso profissional e ético.

Aos enfermeiros, gestores e médicos que carinhosamente participaram da pesquisa.

Especialmente à Professora Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, pelos ensinamentos e companheirismo durante a realização do trabalho. Pela compreensão dos momentos pessoais e profissionais difíceis. E por ter a capacidade de transmitir a possibilidade de crescer, mesmo em situações adversas. A ela meu eterno agradecimento....

COSTA, Maria Cláudia Medeiros Dantas de Rubim. **Configurando o modelo da prática do cuidado do enfermeiro obstetra à mulher no parto hospitalar**: revelando contradições e possibilidades. 2015. 352p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Orientadora: Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Linha de Pesquisa: Políticas, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem

## **RESUMO**

O cuidado do enfermeiro obstetra no parto no Estado do Rio Grande do Norte tem fomentado inquietações no que diz respeito à plena efetivação do profissional nas fases dos processos de nascimento, bem como quanto às dificuldades existentes nessa atuação. Assim, a pesquisa objetivou Compreender as práticas de cuidado do enfermeiro à mulher no parto hospitalar a partir dos significados atribuídos por esses profissionais no Estado do Rio Grande do Norte; e Elaborar modelo teórico das práticas de cuidado do enfermeiro obstetra à mulher no parto hospitalar. Foi utilizado o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (Grounded Theory), sendo realizada a análise dos dados, de acordo com os pressupostos do método, até a fase final da construção do modelo paradigmático: Configurando o modelo da prática do cuidado do enfermeiro obstetra à mulher no parto hospitalar: revelando contradições e possibilidades. O referencial teórico foi o paradigma da complexidade. A pesquisa se realizou nos hospitais/maternidades que tinham a atuação do enfermeiro obstetra e que possuíam histórico de humanização da assistência. Dessa maneira, cinco maternidades compuseram o estudo e outras duas estavam em reforma no período da coleta, que aconteceu nos meses entre fevereiro e outubro de 2014, após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, segundo o Parecer 507.327. Foram entrevistados 16 enfermeiros obstetras que compuseram o primeiro grupo amostral. Posteriormente foi necessária a formação do segundo grupo amostral, composto por oito gestores de saúde e diretores de maternidades, e do terceiro grupo amostral, composto por sete médicos. Os dois últimos foram acrescidos devido ao aparecimento de hipóteses e para esclarecer e refinar os conceitos que surgiram na fase de análise. Realizaram-se entrevistas individuais por meio de um roteiro de

entrevista aberta, gravadas em mp3 e armazenadas em computador, em local que garantisse a privacidade e confidencialidade do entrevistado. Na sequência de cada entrevista foram realizadas as transcrições. As entrevistas então foram cessadas a partir do momento em que as categorias estavam densas em suas propriedades e dimensões e não existiam mais dados novos a serem explorados. A análise dos dados ocorreu simultaneamente à coleta, mediante comparações constantes. A análise iniciou pela microanálise, palavra por palavra, linha por linha, frase por frase. A codificação aberta caracterizou-se pela decomposição, análise, comparação, conceituação e categorização. A codificação axial caracterizou-se por relacionar categorias às subcategorias em torno de um eixo central, ou eixo. A codificação seletiva oportunizou o surgimento da categoria central e a relação das categorias mais gerais. Foram construídos memorandos e diagramas que auxiliaram no processo de análise. Assim, após o surgimento das categorias mais gerais foi construído o modelo paradigmático, embasado nas interações e relações, no que diz respeito ao contexto, às condições causais, às condições intervenientes, às ações/interações estratégicas e consequências. A primeira categoria – Vivenciando os cenários de prática do enfermeiro obstetra no Estado do Rio Grande do Norte: dos limites históricos a eventos contemporâneos – representa o contexto do fenômeno. A segunda categoria – Emergindo condições que favorecem a consolidação da enfermagem obstétrica: perspectivas e desafios – retrata os fatos que interferem no fenômeno, que são: a formação dos enfermeiros, as interações e relações que o enfermeiro constrói, a partir de sua prática e a gestão de saúde e de maternidades. A terceira categoria – Vivenciando as desordens na prática do cuidado do enfermeiro obstetra no parto: o olhar complexo ao fenômeno – representa as dificuldades encontradas pelo profissional em sua atuação, caracterizadas como condições intervenientes. A quarta categoria – Construindo estratégias para o fortalecimento da enfermagem obstétrica do Rio Grande do Norte, na perspectiva dos sistemas complexos adaptativos – discorre sobre as ações/interações estratégicas para a melhoria do fenômeno. A quinta categoria – Revelando contradições e possibilidades na prática profissional do enfermeiro obstetra – é a categoria central, que integra as outras categorias gerais e representa as consequências do fenômeno. Aponta a atuação do enfermeiro no cuidado ao parto, identificando as possibilidades e contradições existentes. Assim, a abstração dos conceitos, a relação das categorias e a elaboração do paradigma de análise sustentam a tese: A prática de cuidado do enfermeiro obstetra à mulher no parto hospitalar configura-

se como um modelo de cuidado integral, complexo, relacional, humanizado e ético orientado pelas políticas públicas e evidências científicas atuais, com ênfase no protagonismo e empoderamento feminino. É necessário superar as dificuldades de formação, a falta de autonomia, a hegemonia médica, a violência obstétrica, a dificuldade nos processos de gestão, para qualificar a atenção ao parto realizado por este profissional.

**Palavras-chave:** Enfermagem obstétrica. Cuidados de enfermagem. Parto normal. Complexidade.



COSTA, Maria Claudia Medeiros Dantas de Rubim. **Configuring the model of obstetric nurse care practices for women in hospital births: revealing contradictions and possibilities.** 2015. 352p. Thesis (Doctorate in Nursing) Post-Graduation Programme in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Advisor: Professor Alacoque Lorenzini Erdmann, PhD

Research Line: Policy, Management and Evaluation of Health Care and Nursing

### **ABSTRACT**

The childbirth care provided by obstetric nurses in the state of Rio Grande do Norte has fostered concerns regarding their full participation in birth process phases, along with its inherent difficulties. Thus, this study aimed to understand nursing care practices for women in hospital deliveries from the meanings attributed by these professionals in the State of Rio Grande do Norte and to elaborate a theoretical model for obstetric nursing care practice for women in hospital births. The Grounded Theory methodological framework was used to analyse the data, according to the method assumptions, up until the final construction stage of the paradigmatic model: **Configuring the model of obstetric nurse care practices for women in hospital births: revealing contradictions and possibilities.** The theoretical framework was the paradigm of complexity. The survey was conducted in hospitals/maternity hospitals with obstetric nurses and with a history of healthcare humanization. Consequently, the study comprised five hospitals, while two others were under renovation during the collection period, which took place in the months from February to October 2014, after approval by the Ethics Committee of the Federal University of Santa Catarina, in opinion no. 507,327. 16 obstetric nurses were interviewed, which composed the first sample group. It was later necessary to form a second sample group, consisting of eight healthcare administrators and maternity hospital directors, and a third sample group, composed of seven doctors. The last two were added because of the appearance of hypotheses and to clarify and refine the concepts that emerged in the analysis phase. Individual interviews were conducted through an open interview, recorded on .mp3 and stored on a computer, in a place that could guarantee respondents' privacy and confidentiality. Transcripts were made in sequence. Interviews stopped from the moment the categories became dense in their properties and dimensions, and there was no new data to be further explored. Data collection and

analysis occurred simultaneously, with constant comparisons taking place. The analysis began by microanalysis, word by word, line by line, sentence by sentence. Open coding was characterized by decomposition, analysis, comparison, conceptualization and categorization. Axial coding was characterized by relating categories to sub-categories around an axis or central axis. The selective coding provided an opportunity for the emergence of the core category and a list of more general categories. Memos and diagrams that helped in the analysis process were constructed. Thus, after the appearance of more general categories, the paradigmatic model was built, based on the interactions and relationships, regarding context, causal conditions, intervening conditions, strategic actions/interactions and consequences. The first category – Experiencing obstetric nurse practice scenarios in the state of Rio Grande do Norte: from historical limits to contemporary events – represents the phenomenon's context. The second category – Emerging conditions for the consolidation of obstetric nursing: prospects and challenges – portrays the events that affect the phenomenon, which are: nurses' training, interactions and relationships built from their practice and healthcare and maternity hospital management. The third category – Experiencing disorders in obstetric nursing care practice in births: the complex phenomenon aspect – represents the difficulties faced by professionals in their field, characterized as intervening conditions. The fourth category – Building strategies for strengthening Rio Grande do Norte obstetric nursing in the perspective of complex adaptive systems – discusses the actions/strategic interactions to improve the phenomenon. The fifth category – Revealing contradictions and possibilities in the professional practice of obstetric nurses – is the central category that integrates the other general categories and represents the phenomenon's consequences. It points to the work of nurses in obstetric care, identifying the existing possibilities and contradictions. Thus, the concepts' abstraction, the list of categories and the analysis paradigm elaboration support the thesis: The obstetric nurse care practice for women in hospital births configures a comprehensive, complex, relational, humane and ethical care model guided by public policies and current scientific evidence, with emphasis on women's leadership and empowerment. It is necessary to overcome training difficulties, lack of autonomy, doctor's hegemony, obstetric violence and the difficulty in the management processes to qualify obstetric care on the part of the obstetric nurse.

**Keywords:** Obstetric Nursing. Nursing care. Normal delivery. Complexity.



COSTA, Maria Cláudia Medeiros Dantas Rubim. **Configuración del modelo de atención de enfermería obstétrica a la mujer en el parto hospitalario: revelando las contradicciones y posibilidades.** 2015. 352p. Tesis (Doctorado en Enfermería) Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Director: Prof. Dr. Alacoque Lorenzini Erdmann

Línea de Investigación: Política, Gestión y Evaluación del Cuidado en Salud y Enfermería

## **RESUMEN**

El cuidado de la enfermería obstétrica en el parto en el estado de Rio Grande del Norte ha fomentado preocupaciones con respecto a la plena realización de las fases profesionales del proceso de nacimiento, y en cuanto a las dificultades de esta acción. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo comprender las prácticas de cuidado de enfermería para las mujeres en los partos hospitalarios a partir de los significados atribuidos por estos profesionales en el Estado de Rio Grande del Norte y elaborar un modelo teórico para la práctica de los cuidados de enfermería obstétrica para las mujeres en los partos hospitalarios. Se utilizó el marco metodológico de la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) y los datos fueron analizados de acuerdo con los supuestos del método, hasta la fase final de la construcción del modelo paradigmático: **Configuración del modelo de la práctica de atención de enfermería obstétrica a la mujer en el parto hospitalario: revelando las contradicciones y posibilidades.** El marco teórico fue el paradigma de la complejidad. La encuesta se realizó en hospitales/maternidades con enfermería obstétrica y con una historia de la humanización de la salud. En consecuencia, el estudio comprendió cinco hospitales, mientras que otros dos fueron de reformas durante el período de recolección, que tuvo lugar en los meses de febrero a octubre de 2014, tras su aprobación por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Santa Catarina, de acuerdo con el dictamen 507.327. Fueran entrevistados 16 enfermeros obstétricos que compusieron el primer grupo de muestras. Posteriormente se requirió la formación del segundo grupo de muestra, compuesto de ocho administradores de salud y directores de hospitales, y del tercer grupo de muestra, compuesto por siete médicos. Los dos últimos se añadieron a causa de la aparición de las hipótesis y para aclarar y refinar los conceptos que surgieron en la fase de análisis. Las entrevistas individuales se llevaron a cabo a través de una entrevista

abierta, grabada en .mp3 y almacenada en computadora, en un lugar que podría garantizar la privacidad y confidencialidad de los encuestados. Las transcripciones se hicieron en secuencia. Las entrevistas se detuvieron desde el momento en que las categorías se convirtieron densas en sus propiedades y dimensiones, y no había nuevos datos para ser explorados. La recopilación y análisis de datos ocurrieron simultáneamente, por medio de comparaciones constantes. El análisis comenzó por microanálisis, palabra por palabra, línea por línea, frase por frase. La codificación abierta fue caracterizada por la descomposición, análisis, comparación, conceptualización y categorización. La codificación axial se caracterizó por relacionar categorías a subcategorías alrededor de un eje central o axis. La codificación selectiva proporcionó una oportunidad para el surgimiento de la categoría de núcleo y una lista de las categorías más generales. Se construyeron memos y diagramas que ayudaron en el proceso de análisis. Por lo tanto, después de la aparición de las categorías más generales, fue construido el modelo paradigmático, basado en las interacciones y relaciones, con respecto al contexto, a las condiciones causales, a las condiciones intermedias, a las acciones/interacciones estratégicas y consecuencias. La primera categoría – Experimentando escenarios de práctica de enfermería obstétrica en el estado de Rio Grande del Norte: de los límites históricos a los acontecimientos contemporáneos – representa el contexto del fenómeno. La segunda categoría – Condiciones emergentes para la consolidación de la enfermería obstétrica: perspectivas y desafíos – retrata los hechos que afectan el fenómeno, que son: la formación de enfermeros, las interacciones y relaciones que ellos construyen a partir de su práctica y la gestión de salud y de maternidades. La tercera categoría – Percibiendo trastornos en la práctica de la atención de enfermería obstétrica: la mirada compleja al fenómeno – representa las dificultades encontradas por el enfermero obstetra en su campo, caracterizadas como condiciones que intervienen. La cuarta categoría – Construcción de estrategias para el fortalecimiento de la enfermería obstétrica del Río Grande del Norte, en la perspectiva de los sistemas complejos adaptativos – discute las acciones/interacciones estratégicas para mejorar el fenómeno. La quinta categoría – Descubriendo contradicciones y posibilidades en la práctica profesional de enfermería obstétrica – es la categoría central, que integra las categorías generales y representa las consecuencias del fenómeno. Apunta a la actuación del enfermero en la atención obstétrica, identificando las posibilidades y contradicciones existentes. De este modo, la abstracción de los conceptos, la lista de las categorías y la

elaboración del paradigma de análisis afirman la tesis: La práctica de la atención de enfermería obstétrica para las mujeres en los partos hospitalarios configura un modelo de atención integral, complejo, relacional, humanizado y ético guiado por las políticas públicas y la evidencia científica actual, con énfasis en el liderazgo y el empoderamiento femenino. Es necesario superar las dificultades de la formación, la falta de autonomía, la hegemonía médica, la violencia obstétrica, la dificultad de los procesos de gestión, para calificar la atención obstétrica realizada por este profesional.

**Palabras clave:** Enfermería Obstétrica. Cuidados de enfermería. Parto normal. Complejidad.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem  
ABENFO – Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras  
ABENFO/RN – Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras do Rio Grande do Norte  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
CEOMS - Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Maternidade Segura  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
COREN – Conselho Regional de Enfermagem  
COFEN- Conselho Federal de Enfermagem  
CFE – Conselho Federal de Educação  
CRUTAC – Centro Rural Universitário de Treinamento e Ações Comunitárias  
DOU – Diário Oficial da União  
DST – Doença Sexualmente Transmissível  
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
GEPADES – Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
HPV – Papiloma Vírus Humano  
HUAB – Hospital Universitário Ana Bezerra  
JICA – Agência de Cooperação Internacional do Japão  
MEC – Ministério da Educação  
MEJC – Maternidade Escola Januário Cicco  
MFC – Maternidade Felipe Camarão  
MS – Ministério da Saúde  
ODM – Objetivos do Desenvolvimento do Milênio  
ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde  
PAISM – Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher  
PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento  
PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar  
PNH – Política Nacional de Humanização

PPP – Pré-Parto, Parto e Puerpério  
RASs – Redes de Atenção à Saúde  
REHUNA – Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento  
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada  
RN - Rio Grande do Norte  
SHI – Informações Hospitalares do SUS  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TFD – Teoria Fundamentada nos Dados  
UNICEF – Fundo das Nações Unidas da Infância  
UPH – Unidade de Parto Humanizado  
WHO – World Health Organization

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Demonstrativo de diagrama – processo de codificação.....	81
Figura 2-	Configurando o modelo da prática do cuidado do enfermeiro obstetra à mulher no parto hospitalar: revelando contradições e possibilidades.....	159
Figura 3-	Vivenciando os cenários de prática do enfermeiro obstetra no Estado do Rio Grande do Norte: dos limites históricos a eventos contemporâneos.....	168
Figura 4-	Emergindo condições que favorecem a consolidação da enfermagem obstétrica: perspectivas e desafios....	192
Figura 5-	Vivenciando desordens na prática do cuidado do enfermeiro obstetra: o olhar complexo ao fenômeno.	223
Figura 6-	Construindo estratégias para o fortalecimento da enfermagem obstétrica do Rio Grande do Norte, na perspectiva dos sistemas complexos adaptativos.....	249
Figura 7-	Revelando contradições e possibilidades na prática profissional do enfermeiro obstetra.....	272





## LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Caracterização dos hospitais/maternidades da pesquisa..	68
Quadro 2-	Primeiro grupo amostral de enfermeiros obstetras .....	71
Quadro 3-	Segundo grupo amostral de gestores de saúde e diretores de hospital/maternidade .....	72
Quadro 4-	Terceiro grupo amostral de médicos obstetras .....	73
Quadro 5-	Demonstrativo da codificação aberta .....	75
Quadro 6-	Demonstrativo da codificação aberta .....	76
Quadro 7-	Demonstrativo da codificação axial para a identificação das subcategorias .....	77
Quadro 8-	Demonstrativo da codificação axial para a identificação das categorias .....	77
Quadro 9-	Síntese do processo de construção das categorias .....	77
Quadro 10-	Demonstrativo da construção dos memorandos .....	79
Quadro 11-	Componentes do modelo paradigmático e as cinco categorias correspondentes que a caracterizam .....	83
Quadro 12-	Construção das subcategorias a partir dos elementos (dados) – categoria 1 .....	84
Quadro 13-	Vivenciando os cenários de prática do enfermeiro obstetra no Estado do Rio Grande do Norte: dos limites históricos a eventos contemporâneos .....	88
Quadro 14-	Construção das subcategorias a partir dos elementos (dados) – categoria 2 .....	91
Quadro 15-	Emergindo condições que favorecem a consolidação da enfermagem obstétrica: perspectivas e desafios .....	101
Quadro 16	Construção das subcategorias a partir dos elementos (dados) – categoria 3 .....	107
Quadro 17-	Vivenciando desordens na prática do cuidado do enfermeiro obstetra .....	117
Quadro 18-	Construção das subcategorias a partir dos elementos (dados) – categoria 4 .....	122
Quadro 19-	Construindo estratégias para o fortalecimento da enfermagem obstétrica do Rio Grande do Norte .....	133
Quadro 20-	Construção das subcategorias a partir dos elementos (dados) – categoria 5 .....	138
Quadro 21-	Revelando a prática profissional do enfermeiro obstetra.	148
Quadro 22-	Configurando o modelo da prática do cuidado do enfermeiro obstetra à mulher no parto hospitalar: revelando contradições e possibilidades .....	153



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUZINDO O TEMA</b> .....	27
<b>2</b>	<b>CONSTRUINDO OS OBJETIVOS</b> .....	37
<b>3</b>	<b>LANÇANDO UM BREVE OLHAR NA LITERATURA</b> .....	39
<b>3.1</b>	<b>Política de Estado</b> .....	39
<b>3.2</b>	<b>Políticas de atenção à saúde da mulher no Brasil</b> .....	42
<b>3.3</b>	<b>Cuidados em saúde e cuidado de enfermagem</b> .....	45
<b>3.4</b>	<b>História e legalização do cuidado da enfermagem obstétrica</b> .....	49
<b>4</b>	<b>COMPREENDENDO O REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO</b> .....	53
<b>4.1</b>	<b>Contextualizando o pensamento complexo</b> .....	53
4.1.1	Introdução ao pensamento complexo .....	53
4.1.2	Interações e sistemas complexos .....	55
<b>5</b>	<b>COMPREENDENDO O REFERENCIAL METODOLÓGICO</b> .....	59
<b>5.1</b>	<b>Breve histórico</b> .....	59
<b>5.2</b>	<b>Considerações sobre o método</b> .....	60
<b>5.3</b>	<b>Procedimentos</b> .....	61
<b>6</b>	<b>LAPIDANDO A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	65
<b>6.1</b>	<b>Delineando o tipo da pesquisa</b> .....	65
<b>6.2</b>	<b>Descrevendo os locais e o contexto da pesquisa</b> .....	65
<b>6.3</b>	<b>Identificando a amostragem teórica</b> .....	69
<b>6.4</b>	<b>Caracterizando os participantes da pesquisa</b> .....	71
<b>6.5</b>	<b>Sinalizando a coleta e os aspectos éticos da pesquisa</b> .....	74
<b>6.6</b>	<b>Apresentando os instrumentos da pesquisa</b> .....	75
<b>6.7</b>	<b>Descrevendo a análise dos dados</b> .....	75
<b>6.8</b>	<b>Validando o modelo teórico paradigmático</b> .....	82
<b>7</b>	<b>APRESENTANDO OS RESULTADOS</b> .....	83
<b>7.1</b>	<b>Desvelando o fenômeno</b> .....	83
7.1.1	Categoria 1 – Vivenciando os cenários de prática do enfermeiro obstetra no Estado do Rio Grande do Norte: dos limites históricos a eventos contemporâneos .....	84
7.1.2	Categoria 2 – Emergindo condições que favorecem a consolidação da enfermagem obstétrica: perspectivas e desafios .....	91
7.1.3	Categoria 3 – Vivenciando desordens na prática do cuidado do enfermeiro obstetra .....	107
7.1.4	Categoria 4 – Construindo estratégias para o fortalecimento	

	da enfermagem obstétrica do Rio Grande do Norte .....	122
7.1.5	Categoria 5 – Revelando a prática profissional do enfermeiro obstetra .....	138
<b>8</b>	<b>APRESENTANDO O MODELO TEÓRICO PARADIGMÁTICO .....</b>	<b>153</b>
<b>9</b>	<b>APRESENTANDO OS MANUSCRITOS .....</b>	<b>161</b>
<b>9.1</b>	<b>Manuscrito 1- Vivenciando os cenários de prática do enfermeiro obstetra no Estado do Rio Grande do Norte: dos limites históricos a eventos contemporâneos .....</b>	<b>162</b>
<b>9.2</b>	<b>Manuscrito 2- Emergindo condições que favorecem a consolidação da enfermagem obstétrica: perspectivas e desafios .....</b>	<b>186</b>
<b>9.3</b>	<b>Manuscrito 3- Vivenciando as desordens na prática do cuidado do enfermeiro obstetra: o olhar complexo ao fenômeno .....</b>	<b>218</b>
<b>9.4</b>	<b>Manuscrito 4 - Construindo estratégias para o fortalecimento da enfermagem obstétrica do Rio Grande do Norte, na perspectiva dos sistemas complexos adaptativos .....</b>	<b>243</b>
<b>9.5</b>	<b>Manuscrito 5- Revelando possibilidades e contradições na prática profissional do enfermeiro obstetra .....</b>	<b>267</b>
<b>10</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>301</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>309</b>
	<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>327</b>
	<b>APÊNDICE B .....</b>	<b>329</b>
	<b>APÊNDICE C .....</b>	<b>331</b>
	<b>APÊNDICE D .....</b>	<b>333</b>
	<b>APÊNDICE E .....</b>	<b>335</b>
	<b>APÊNDICE F .....</b>	<b>337</b>
	<b>APÊNDICE G .....</b>	<b>339</b>
	<b>ANEXO A .....</b>	<b>341</b>
	<b>ANEXO B .....</b>	<b>343</b>
	<b>ANEXO C .....</b>	<b>345</b>
	<b>ANEXO D .....</b>	<b>347</b>
	<b>ANEXO E .....</b>	<b>351</b>

## 1 INTRODUZINDO O TEMA

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído no Brasil, como política pública, sendo a equidade um dos princípios que gera um campo vasto de desafios para a construção de estratégias que garantam à sociedade brasileira acesso igualitário e universal aos serviços de saúde para todos os cidadãos. A integralidade da atenção é um tema também discutido em todos os cenários da saúde. Segundo Mendes (2011), os sistemas integrados de redes de atenção à saúde (RASs) devem ser organizados por meio de um sistema coordenado de pontos com o objetivo de oferecer assistência que garanta a continuidade e a integralidade a uma população definida.

Nessa perspectiva, o cuidado é um conceito que permeia as principais ações em saúde e é uma necessidade básica do ser humano em seu ciclo de vida. Os objetivos de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação denotam formas de cuidado que devem ser oferecidas pelo Estado. Erdmann et al. (2006) discorrem sobre o homem como ser do cuidado, permeado de necessidades intrínsecas de sua própria existência. É um ser político, cidadão, ator das práticas de saúde, sujeito de suas ações. Caracteriza-se por interagir em sociedade. É também ser de pulsão e desejos. Watson (2007) refere que o cuidado é fundamentado num conjunto de valores humanísticos altruístas, como bondade, empatia, preocupação e amor por si e pelos outros.

O enfermeiro, nesse contexto, é responsável e está inserido no cuidado integral do ser humano. Esse, sendo foco do cuidado, em seu processo de trabalho, também considerado ator, construtor e transformador da sociedade e que vivencia as mudanças, deve possuir autonomia para transformar as práticas em saúde. O cuidado de enfermagem pode ser entendido como produto das interações, através de atitudes conscientes de zelo, solidariedade e amor. É um saber-fazer científico embasado na arte, na ética e na estética, de acordo com as necessidades apresentadas (VALE; PAGLIUCA, 2011).

Assim, entendendo as diferentes áreas de atuação do enfermeiro em seu processo de trabalho, visualiza-se o cuidado de enfermagem na área obstétrica que está sendo incentivado pelas políticas públicas, com o objetivo de melhorar as condições de parto e nascimento, diminuir os altos índices de cesáreas, favorecer um nascimento livre de técnicas intervencionistas e principalmente diminuir os índices de morbidade e mortalidade materna e neonatal. O enfermeiro obstetra é reconhecido como o profissional estratégico para a mudança de modelo, pois é capaz de promover a articulação entre os gestores de saúde e profissionais

médicos, no que diz respeito à realização do parto humanizado (PROGIANTI; MOUTA, 2009).

Como consequência das metas propostas pelas políticas públicas, os cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica, bem como as residências em enfermagem e as multiprofissionais em saúde (Enfermagem materno-infantil), vêm ao encontro das ações que modificam as práticas voltadas para a obstetria. Dessa forma, algumas iniciativas são destaques: investimentos no pré-natal, implementação de centros de parto normal, implementação de normas técnicas e boas práticas para as maternidades, incentivo ao parto realizado pelo enfermeiro, concessão de premiação às maternidades que realizam o parto livre de técnicas intervencionistas e principalmente a valorização do profissional na realização da assistência ao parto e nascimento seguro.

O enfermeiro obstetra, em seu processo de trabalho, é apto a prestar assistência nas ações de promoção à saúde no contexto do planejamento familiar até as fases subsequentes ao parto, assim como para a condução e realização da assistência obstétrica nos períodos clínicos do parto, desde que a mulher e bebê sejam de risco habitual.

Contudo, percebe-se que, apesar do direcionamento pelo Ministério da Saúde (MS), os entraves estão presentes, principalmente na resistência de algumas categorias profissionais quanto à perspectiva de condução e autonomia do enfermeiro na assistência ao parto em todas as fases do nascimento.

Somado a isso, nos dias atuais, a atenção obstétrica no cenário brasileiro sofre grandes entraves. A mortalidade materna e neonatal é um dos maiores problemas de saúde pública e tem denotado importantes discussões para a reversão do quadro. A Organização das Nações Unidas – ONU, desde o ano 2000, propôs oito objetivos, denominados “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio”, dentre os quais podemos destacar o quinto objetivo: “Melhorar a saúde das gestantes”, tendo como meta: Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna e alcançar até 2015 o acesso à saúde reprodutiva (CENTRO REGIONAL DE INFORMAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta ainda que, no mundo, mais de 287.000 mulheres morrem a cada ano como consequência de complicações em decorrência do parto e milhões de bebês morrem nas primeiras horas de vida, porém a maioria das mortes evitáveis acontece em países de baixa renda e em zonas pobres e rurais (WHO, 2013). Reforça que a cada ano cerca de 99% do meio milhão de

mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento (WHO, 2009). Assim, a razão de mortalidade materna no Brasil é de 64,75 óbitos maternos por cem mil nascidos vivos no ano de 2011 (BRASIL, 2014a). Resultados obstétricos desfavoráveis são uma realidade importante no Estado do Rio Grande do Norte (RN), considerando que a média de mortalidade é de 60 óbitos para cada cem mil nascidos vivos, portanto três vezes maior que a média aceitável pela OMS (TRIBUNA DO NORTE, 2010a). A estimativa da Razão de Mortalidade Materna no triênio 2009-2011 foi de 61,4 óbitos maternos por cem mil nascidos vivos no Estado do RN (SZWARCOWALD et al., 2014). No ano de 2014, o número absoluto de óbitos maternos no RN foi de 734 óbitos (BRASIL, 2014b).

Nesse contexto, se apresentam os altos índices de cesáreas às quais as mulheres são submetidas no cotidiano de partos na realidade brasileira. No Brasil a cesariana aumentou de 38% no ano de 2000 para 52,3% em 2010, com o Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentando proporções próximas aos 60% em 2010, e as Regiões Norte e Nordeste, apesar de apresentarem as menores proporções, tiveram os maiores percentuais de aumento; o Nordeste apresentou em torno de 73,2% na década (BRASIL, 2012a). A mais recente pesquisa Nascer no Brasil revela que 51,9% de cesáreas são realizadas no Brasil, e no setor privado chegam a 88% (BRASIL, 2014c). A OMS considera aceitável até 15%, pois apenas esse percentual apresenta indicações precisas de cesarianas. Esse quadro de indicadores caracteriza a realidade de assistência obstétrica do país e predispõe a reflexões importantes quanto aos modelos de atenção obstétrica vivenciados nas maternidades do Brasil. O paradigma obstétrico centrado no modelo biomédico, medicalizado, fragmentado e hospitalocêntrico deve ser discutido com a sociedade, profissionais de saúde e gestores públicos. Contudo, é importante entender o contexto histórico para pensar nos avanços.

A medicalização do parto se deu nos séculos XVIII e XIX, na Europa, mas se estendeu para o resto do mundo. No Brasil aconteceu com o surgimento das escolas de medicina da Bahia e Rio de Janeiro (SOUZA, 2005) e perdura até os dias atuais.

Dessa maneira, com o passar dos anos, outros modelos foram incorporados na assistência ao parto – o tecnológico, o humanista e o holístico (DAVIS-FLOYD, 2001). O primeiro é caracterizado por ocorrer em ambiente hospitalar, sendo o médico o profissional responsável pelos partos de risco habitual e de alto risco. O parto é considerado como risco potencial, por isso, em algum momento, torna-se necessária uma intervenção. A autoridade e a responsabilidade são do

profissional e não da parturiente. Nesse modelo, a posição litotômica no parto representa o poder do profissional, bem como a passividade da mulher. As intervenções são presentes, assim como as cesáreas. Há uma prerrogativa do corpo como máquina e conseqüentemente uma separação corpo-mente. A valorização excessiva da ciência e da tecnologia, bem como os resultados em curtos prazos estão presentes nesse modelo.

Quanto à caracterização do parto humanizado, pode acontecer em ambiente hospitalar, podendo ser realizado por profissionais não médicos os partos de risco habitual. Há uma hierarquização do cuidado, dependendo do nível de complexidade. A tomada de decisão e a responsabilidade são pactuadas entre o profissional e a mulher. Esta, por sua vez, é protagonista do parto e ocorrem menos intervenções e cesáreas. É caracterizado por uma interconexão mente-corpo, sendo consideradas entidades distintas, mas interligadas. Os cuidados são movidos pela empatia e mentalidade aberta frente às outras modalidades.

Quanto ao modelo holístico, a mulher é o foco das atenções e o parto é considerado um evento fisiológico, sem intervenções, mas com o cuidado atento. É um parto realizado em domicílio, ou em casa de parto, por profissionais não médicos. A autoridade e a responsabilidade são inerentes ao indivíduo. Há uma sintonia entre corpo, mente e espírito e o cuidado é individualizado.

Assim, os modelos estão presentes no cotidiano de assistência ao parto e sua aplicação traz resultados positivos ou negativos que precisam ser analisados e repensados, como possibilidade de melhoria da qualidade assistencial no parto e de melhores indicadores obstétricos. As mudanças paradigmáticas na assistência obstétrica partem da assistência do cotidiano, demarcando espaços de fronteiras, em prol do surgimento das práticas emancipatórias, sendo construídas por movimentos de tensão, com rompimento da ordem anteriormente instituída (GOMES; MOURA; SOUZA, 2013).

Na perspectiva de repensar os modelos de atenção obstétricos, é que entendemos o fenômeno como complexo no que diz respeito à compreensão das relações e interações, bem como da ordem e da desordem como fundamentais e necessárias para a melhoria da prática obstétrica realizada pelo enfermeiro na assistência ao parto.

Ainda na perspectiva temporal, na contemporaneidade, o histórico de investimento de políticas públicas no país para a melhoria da saúde da mulher é visível, e tem crescido juntamente com as pautas da humanização da assistência, tema este, bastante discutido nos últimos



anos, decorrente da insatisfação da população, dificuldade de acesso e aparente necessidade de os gestores públicos repensarem a forma de trabalhar conceitos no fazer saúde.

A humanização é entendida como valorização da qualidade do cuidado, tanto do ponto de vista técnico, quanto de direitos, do respeito à subjetividade e cultura de quem é assistido, bem como a valorização de quem cuida. É uma nova práxis na produção do cuidado em saúde (DESLANDES, 2004). A Humanização do SUS, portanto, fundamenta-se na autonomia e protagonismo dos sujeitos, na corresponsabilidade entre eles, na solidariedade dos vínculos estabelecidos, nos direitos dos usuários e na participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, [2015a]).

Assim, pensar em humanização no parto nos remete a um repensar diante de várias vertentes, como discorre Diniz (2005), trazendo a compreensão multidimensional da humanização: Da legitimidade científica à medicina, ou seja, da assistência baseada em evidência, sendo a prática orientada pelas revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados; Como legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres no processo de nascimento; Humanização referida ao resultado da tecnologia adequada à saúde da população, ou melhor, assistência apropriada em uma dimensão coletiva; Humanização referida à legitimidade financeira, dos modelos de assistência, da racionalidade no uso de recursos - esta é justificada pela relação custo-benefício, extensão de cobertura e melhores indicadores -; Humanização referida à legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde e a melhora na relação do profissional-paciente; O incentivo ao diálogo e a inclusão do pai no parto; e, por último, a Humanização como um direito ao alívio da dor, da inclusão para parturientes do SUS. Estas várias dimensões da humanização requerem mudanças desafiadoras e conflitantes.

Nesse direcionamento de necessidade de mudanças, a preocupação com a saúde da mulher se dá por meio da implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher em 1983, seguido de várias estratégias importantes, como a implantação do prêmio Galba de Araújo em 1998, do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, e do SIS - Pré-Natal em 2000. Dando continuidade, foi instituído o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar em 2001 e, com um enfoque mais amplo, surgem em 2004 a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Todos na perspectiva de melhoria da qualidade e de atenção humanizada. Construindo o incentivo ao

acompanhamento no processo de parto, foi criada a lei 11.108/2005, que garante a presença do acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005).

Mais recentemente, o Ministério da Saúde instituiu, pela Portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011, a Rede Cegonha, preocupando-se com o atendimento seguro e humanizado em todas as fases do processo de nascimento, estendendo-se até os dois anos do bebê. Objetiva então promover e implementar novo modelo de atenção à saúde da mulher e saúde da criança com foco no parto, no nascimento e no crescimento e desenvolvimento da criança, organizar a rede de atenção materno-infantil e reduzir a mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011a). Na nova formatação de modelo assistencial na área de saúde da mulher, os municípios e estados deverão estar atentos para assegurar junto aos órgãos definidores o financiamento no componente pré-natal, bem como o componente parto e nascimento, que deve estar direcionando às ações para a aquisição de centros de partos normal, casas da gestante, bebê e puérpera, leito canguru, implantação e qualificação de leitos adulto e neonatal, leitos de gestantes de alto risco (BRASIL, 2011a). Essas iniciativas corroboram com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para 2015, de melhorar a cobertura e pôr fim às mortes maternas e infantis de causas preveníveis e assegurar a saúde reprodutiva (CENTRO REGIONAL DE INFORMAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015).

A trajetória de construção da política de atenção à saúde da mulher no Brasil requer avanços e direcionamentos à efetiva mudança para o alcance de melhores índices de indicadores de qualidade e de assistência pautadas em princípios humanísticos.

Apesar de a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher e de humanização da assistência trazer modelos assistenciais importantes e inovadores, é imprescindível que estes sejam constantemente reavaliados, no sentido de elaborar estratégias capazes de romper práticas arraigadas no modelo tecnicista, fragmentado e medicalizado, que ainda permanecem nos dias atuais, dificultando a melhoria da qualidade do cuidado prestado. É importante ressaltar que os enfermeiros são fundamentais na superação destes paradigmas e favorecem o estímulo à autonomia de si e das usuárias assistidas por eles (QUITETE; VARGENS, 2009). A realização de partos fisiológicos, sem intervenções médicas desnecessárias, e o reconhecimento social das vantagens vêm se diferenciando, apesar de ainda existir o paradoxo da dominação médica. Assim, aumenta a responsabilidade das parteiras em

liderar e ter autonomia para manter o ambiente do parto normal (BURNS, 2012).

Nesse contexto, há uma preocupação quanto à tecnologia do cuidado obstétrico, quando denota discussões sobre a importância da deambulação, movimentação, higiene, conforto, presença da enfermeira, a penumbra, a dieta, os sons, os acompanhantes, a privacidade, o ambiente acolhedor, o respeito à individualidade e ao protagonismo da mulher. A intersubjetividade na relação usuária enfermeira é essencial também para o estabelecimento de vínculos confiáveis nas fases do processo de parto. O enfermeiro, então, é o sujeito do cuidado (MACEDO et al., 2008).

Nessa perspectiva, há uma necessidade de novos modelos para a assistência prestada pelo enfermeiro no processo de parto. O Estado do Rio Grande do Norte vivencia nos dias atuais uma crise na saúde pública e, por consequência, também na assistência obstétrica, apesar de historicamente a Universidade Federal do Rio Grande do Norte ter tido iniciativas fundamentais para a melhoria da assistência obstétrica, principalmente a prestada pelo enfermeiro. A assistência à parturiente através de um Projeto Midwifery, no final dos anos 90, foi uma experiência bastante significativa desenvolvida na Maternidade Escola Januário Cicco/UFRN, com o Departamento de Enfermagem da mesma Universidade, em parceria com a University of Bristol e University of England, ambas em Bristol na Inglaterra/UK, de acordo com convênio firmado entre a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e o Conselho Britânico para o período 1998/2000. Este projeto almejava um novo modelo de assistência ao parto (DAVIM; BEZERRA, 2002).

Então, as parcerias existentes entre o Brasil, através da UFRN, e o Reino Unido, pela Universidade da Inglaterra, tiveram também o objetivo de desencadear o interesse de outras faculdades e facilitar o trabalho de colaboração bem sucedida para os ganhos de ambos os lados na atuação de enfermeiros *midwifery* (GIROT; ENDERS, 2005). No ano de 2001 a 2002 a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde Pública, através do Ministério da Saúde, realizou o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Maternidade Segura (CEOMS), objetivando capacitar enfermeiras para atuarem no pré-natal, parto e pós-parto pautado nos princípios de qualidade e humanização da assistência, seguindo os preceitos do Projeto Midwifery, desenvolvido anteriormente na UFRN (MAZZO; BRITO; ENDERS, 2003). Outros cursos de Especialização foram realizados na sequência, mas, apesar da

Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras do Rio Grande do Norte (ABENFO/RN) ter registrado em torno de 150 enfermeiros obstetras no estado e de ter havido pontualmente algumas experiências exitosas, ainda há uma dificuldade significativa da atuação destes profissionais, por diversos motivos. Na atualidade (segundo semestre de 2014), a UFRN em parceria com o Hospital Sofia Feldmann e Ministério da Saúde estão oferecendo o curso de especialização em enfermagem obstétrica para o Estado do Rio Grande do Norte.

Continuando na tentativa de melhorar a assistência obstétrica pautada em novos modelos, o Município de Natal/RN inaugurou em 2009 a Maternidade Leide Morais, que deveria atuar na proposta do parto humanizado realizado por enfermeiros. A estrutura física é organizada em PPP (Pré-Parto, Parto e Puerpério) e com todos os equipamentos necessários para esta nova realidade obstétrica. Entretanto, há dificuldades de funcionamento, principalmente pelas relações de poder, configuradas no referido contexto.

No interior do estado, também fazendo parte da UFRN, o Hospital Universitário Ana Bezerra, caracterizado por prestar assistência materno-infantil, desenvolve um trabalho diferenciado com enfermeiros obstetras, atuando no processo de parturição. Esta instituição recebeu o prêmio Galba de Araújo em 2000 (BRASIL, 2000a), bem como o reconhecimento da Fundação Banco do Brasil de Instituição que realiza Tecnologia Social, além de ser reconhecido como hospital de ensino, certificado pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a). Ao longo dos anos, os enfermeiros atuam de forma tranquila e com autonomia em parceria com os outros profissionais de saúde. A implantação de estrutura física no formato PPP (Pré-Parto, Parto e Puerpério) foi idealizada para proporcionar melhor ambiência e processos de trabalho menos intervencionistas, com a presença de técnicas não farmacológicas de alívio da dor, bem como a presença do enfermeiro. A atuação dos residentes de enfermagem, neste contexto, também é um dos diferenciais, pois eles saem com a competência de assistir o parto neste modelo de atenção obstétrica. Na trajetória de construção do trabalho da enfermagem obstétrica, tendo o Hospital Universitário Ana Bezerra práticas diferenciadas no contexto da assistência à mulher, tenho participado ativamente dos processos, com o intuito de que o referido hospital, pelo seu histórico, seja uma incubadora de boas práticas na condução do parto realizado pelo enfermeiro.

Dessa forma, visualizando a importância da atuação deste profissional no cuidado obstétrico e sendo eu uma pesquisadora,

enfermeira obstetra docente, participante da idealização da política de humanização de um hospital universitário, ao longo da minha atuação como enfermeira e diretora de uma maternidade, percebi que, apesar dos incentivos do Ministério da Saúde, os cursos de especialização e residências em enfermagem não têm causado impactos importantes para a mudança de modelo da assistência obstétrica no Estado do Rio Grande do Norte.

A construção de minha dissertação também investigou tema importante da saúde da mulher, sendo utilizado um referencial metodológico de construção de conceitos, apoiado na Teoria Fundamentada nos Dados, proposta também deste estudo; Desenvolvi, ainda, um estudo piloto que retrata parte das dificuldades do enfermeiro em seu processo de trabalho no cuidado obstétrico.

Essas vivências desencadearam a motivação para o desenvolvimento de uma pesquisa que seja capaz de elucidar a incorporação de melhores práticas na assistência obstétrica, bem como da humanização no parto e do reconhecimento do enfermeiro obstetra neste processo, considerando a importância desta prática do cuidado obstétrico para a enfermagem e para a saúde da mulher e, principalmente, a necessidade de mudança estruturante de modelo assistencial;

Assim, sustenta-se a necessidade de investigar a experiência do cuidado obstétrico do enfermeiro obstetra à mulher no parto, na perspectiva de elaboração de modelos de cuidado.

Dessa forma, este estudo partiu das seguintes questões de pesquisa:

Como o enfermeiro obstetra experiencia as práticas dos cuidados de enfermagem à mulher no parto hospitalar? Quais os significados que os enfermeiros obstetras atribuem a sua prática do cuidado à mulher no parto hospitalar? Que modelos de cuidados se configuram a partir desta prática?

Esta investigação traz importantes reflexões para a prática da enfermagem, pois proporciona discussões sobre a atuação do profissional enfermeiro, no contexto das políticas públicas, fomentando mudança de posturas e disseminação das ações que possam contribuir para uma assistência humanizada e de qualidade, valorizando o cuidado realizado pelo referido profissional nos diversos cenários do país. Poderá fortalecer esta prática obstétrica, considerando sua importância para o favorecimento de mudança de modelo assistencial no nascimento, sendo o enfermeiro agente de transformação, imprescindível para a saúde reprodutiva.

Traz também contribuição científica, no momento em que a elaboração de um modelo teórico fortalece o direcionamento das ações assistenciais pautados em conceitos construídos a partir da elucidação do objeto do estudo, podendo sinalizar novas possibilidades para a atuação do enfermeiro.

O estudo, então, parte da seguinte **tese preliminar**:

**A prática de cuidado do enfermeiro obstetra à mulher no parto hospitalar configura-se como um modelo de cuidado integral, complexo, relacional, humanizado e ético orientado pelas políticas públicas e evidências científicas atuais, com ênfase no protagonismo e empoderamento feminino.**

## **2 CONSTRUINDO OS OBJETIVOS**

Compreender as práticas de cuidado do enfermeiro à mulher no parto hospitalar a partir dos significados atribuídos por esses profissionais no Estado do Rio Grande do Norte.

Elaborar modelo teórico das práticas de cuidado do enfermeiro à mulher no parto hospitalar.





### **3 LANÇANDO UM BREVE OLHAR NA LITERATURA**

A temática e o objeto de estudo – o modelo de cuidado do enfermeiro obstetra à mulher no parto – pressupõe uma revisão de literatura capaz de abordar temas importantes para permear as discussões sobre a referida área. Assim, sentiu-se a necessidade de abordar neste capítulo os seguintes temas: A Política de Estado; Política de Atenção à Saúde da Mulher no Brasil; Cuidados em saúde e Cuidados de enfermagem; História e legalização do cuidado obstétrico. Sendo assim, foi realizada uma revisão narrativa da literatura.

#### **3.1 Política de Estado**

Desde o regime militar, na década de 60, a população brasileira sinalizava a insatisfação com a política de Estado que se apresentava. O desfavorecimento de classes sociais, e o privilegiamento de uma minoria, em detrimento da maioria, bem como a opressão realizada pelos governantes aos opositores, que demonstravam insatisfação quanto ao regime, por trazer em seus princípios o descompasso entre o governo e os governados, trouxe o incômodo, e a necessidade de mudança. Nesse mesmo período, houve uma política de arrocho salarial e conseqüentemente ampliação das desigualdades socioeconômicas. Assim, a insatisfação da sociedade civil com o Estado gera, na década de 70 e início da década de 80, movimentos e discussões coletivas por uma sociedade mais justa e há, por parte da sociedade, resistência à exclusão social. Assim, o Estado, caracterizado como autoritário e militarista, sofre uma importante crise perante a sociedade. E não poderia estar fora deste contexto a crise da saúde (BRASIL, 2006).

Dessa maneira, no Brasil, o modelo de saúde vigente, denominado de Sistema Único de Saúde, começou a ser idealizado na década de 70, com várias discussões e movimentos políticos e sociais, produto desse descontentamento da população com a ditadura presente no país. Naquele momento, a sociedade almejava direitos humanos básicos, qualidade e acessibilidade (SANTOS, 2013).

Então, em 1990, através da Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90, foi instituído o SUS, com princípios básicos de integralidade da atenção, universalidade de acesso, equidade e participação popular, previstos na Constituição Federal de 1988. Este Sistema, ora conquistado pelos movimentos, traz algo inusitado para a realidade política do país: a participação popular, que trouxe um novo olhar para a política de Estado e especificamente no setor de saúde. Nesse sentido, os gestores devem,

cada vez mais, proporcionar estratégias de participação dos usuários, dos trabalhadores e dos prestadores de serviços nas discussões e acompanhamento das políticas públicas (SOUZA, 2009).

Assim, desde a implantação do SUS, várias iniciativas foram constituídas na tentativa de descentralizar as ações nas esferas estaduais e municipais, com garantia de descentralização de recursos, de tal forma que a população tenha acesso aos serviços e que possa também participar da construção de oferta de cuidados capaz de responder às necessidades da realidade local. Estratégias de gestão, de financiamento e de avaliação são motivadas constantemente na perspectiva de gerar um funcionamento resolutivo e de qualidade oferecido aos cidadãos nos atendimentos pelo SUS no Brasil. Visualizam-se, no entanto, dificuldades importantes para a devida consolidação efetiva do sistema.

É visível que o SUS configura-se num sistema de saúde que foi implementado para atender a todos os cidadãos, com o objetivo de resolver as necessidades sanitárias e de saúde da população. Para que este sistema tenha credibilidade, os interessados têm de ser, então, capazes de enfrentar obstáculos políticos, de gestão, e de reorganização de modelo de atenção, garantindo a viabilidade da universalidade e da integralidade da atenção à saúde (CAMPOS, 2007a).

Por conseguinte, a plena efetivação do SUS é um desafio que deve ser encarado pelos gestores, profissionais de saúde e usuários, numa participação coletiva, pautado nas principais necessidades de saúde da população brasileira.

Neste direcionamento, a saúde da mulher é uma preocupação da OMS que tem pautado discussões sobre as melhorias nas políticas de atenção, com abrangência regional, nacional e internacional, com o objetivo de proporcionar informações e diálogos para almejar estratégias mais eficazes. Assim, a produção pela OMS do “Relatório Mundial da Saúde de 2008: Atenção Primária em Saúde – Agora Mais que Nunca” prioriza uma atenção voltada para salvar vidas e melhorar a saúde de meninas e mulheres nos próximos anos (WHO, 2009).

A OMS considera imprescindível conhecer as realidades universais em vários contextos mundiais. É importante destacar as dificuldades encontradas no mundo: desigualdades entre mulheres e homens, as diferenças entre países de alta e baixa renda, bem como as desigualdades dentro dos países. Os problemas relacionados à sexualidade e reprodução, assim como as complicações de gravidez e parto representam a principal causa de óbito em mulheres jovens, com idade entre 15 e 19 anos, nos países em desenvolvimento, conotando uma difícil realidade. Existem também as doenças crônicas e saúde

mental, cuidados desde a infância, negligência dos sistemas em relação às mulheres. Em consequência, a proposta do desenvolvimento de uma agenda está pautada em construir lideranças resolutivas e respostas institucionais coerentes, tornar os sistemas de saúde eficazes para as mulheres, promover mudanças na política pública e construir bases de conhecimento e monitoramento (WHO, 2009).

Diante dos inúmeros problemas que acometem as mulheres em todo o mundo, a OMS tem pensado em ações prioritárias que incluem aumentar o número de partos assistidos por atendentes capacitados em países com elevadas taxas de mortalidade, garantir acesso ao pré-natal, parto e pós-parto, acesso à contracepção moderna, serviços de aborto garantindo o cuidado pós-aborto, triagem e tratamento para o HIV e HPV, além de política voltada para a violência, bem como a prioridade quanto ao empoderamento das mulheres e a participação em atividades econômicas (WHO, 2009).

Ainda com relação à saúde da mulher, os serviços de obstetrícia são essenciais para proporcionar o desenvolvimento de uma gravidez e parto saudáveis e sem riscos. Como consequência, os países devem seguir as diretrizes da OMS com o intuito de mulheres e recém-nascidos receberem a assistência necessária. Dessa forma, as parteiras qualificadas são importantes para acompanhar os processo de nascimentos e realizar os encaminhamentos, caso necessário (WHO, 2013). Tem-se realizado, ainda, várias publicações em relação à saúde materna, do recém-nascido e do adolescente, objetivando melhoria no quadro de saúde materno-infantil.

Foi desenvolvida no Brasil uma pesquisa denominada Nascer no Brasil, com o objetivo de estudar os determinantes, a magnitude e os efeitos das intervenções obstétricas no parto, incluindo as cesarianas, bem como descrever a motivação das mulheres pelo tipo de parto e as complicações médicas no puerpério (BRASIL, 2014c).

O Brasil e os governos que fazem parte da Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde traçam metas comuns a grupos vulneráveis: mães e crianças, trabalhadores, idosos, pobres, refugiados e desabrigados. Entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio definidos pela OPAS/OMS destacam-se metas de promoção da igualdade entre os sexos, a autonomia das mulheres, a redução da mortalidade infantil e a melhoria da saúde materna, especificamente a diminuição da mortalidade materna, entre outras de igual importância (OPAS/OMS, 2011).

Ainda com o objetivo de definir e negociar uma agenda pós 2015, o Secretário Geral das Nações Unidas apresentou aos Estados-membros

das Nações Unidas um relatório-síntese para os objetivos do desenvolvimento sustentável (ODS) que guiarão o desenvolvimento global após o fim do prazo para o cumprimento dos objetivos do desenvolvimento do milênio (ODM). Assim, desafios a serem enfrentados até 2030. Dentre os objetivos estão: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades; Alcançar igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2015).

### **3.2 Políticas de atenção à saúde da mulher no Brasil**

O SUS tem construído, ao longo dos anos, estratégias para o alcance dos objetivos de saúde da população. Há, na atualidade, a necessidade de rediscutir a saúde pública e a clínica, incorporando conceitos e construindo práticas embasadas da saúde coletiva, da promoção, da política de humanização, da determinação social, da reforma psiquiátrica, em prol da construção ampliada do conceito de saúde e da saúde sanitária (CAMPOS, 2007b).

Nesse contexto, está a consolidação da política de Atenção à Saúde da Mulher. No percurso histórico, antes mesmo da implantação do SUS, à época das discussões da reforma sanitária e do movimento feminista, houve a fundamentação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, como diretriz política e filosófica. Este programa não mais se limitava às ações voltadas para a procriação, para o ciclo grávido puerperal, assistência materno-infantil e, sim, também dava ênfase à atenção ginecológica, doença sexualmente transmissível (DST), síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e violência. O PAISM é produto de uma luta social e trouxe uma perspectiva de política de transformações, emancipatória, incluindo a integralidade e o enfoque de gênero, mesmo com limitações. Significou uma proposta de integralidade, numa construção de autonomia das mulheres (SOUTO, 2008).

Em 1993 foi instituída a Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) em forma de rede de associados em todo o Brasil, com o objetivo de divulgar a assistência e cuidados perinatais, embasados em evidências científicas (REHUNA, 2015).

As necessidades, cada vez mais emergentes, nesta área, bem como a urgência em discutir a humanização assistencial, também foi uma realidade na saúde da mulher. Em 1998 foi instituído, por meio da Portaria n° 2.883, de 4 de junho de 1998, o Prêmio Nacional Professor

Galba de Araújo, como reconhecimento às maternidades que se destacam na atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, 1998a). A iniciativa de humanização é continuada em 2000 apoiada pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que objetiva incorporar diretrizes importantes no que diz respeito à melhoria de atendimento e do acesso da mulher nos serviços de saúde, desde o pré-natal ao puerpério (BRASIL, 2000b). Continuando a preocupação, houve também a implantação do SISPRÉ-NATAL, que permite o fornecimento de relatórios e indicadores planejados para monitorar e avaliar a qualidade do cuidado. No mesmo ano foi instituída a Portaria de nº 466/GM, de 14 de junho de 2000, com o objetivo de estabelecer como competência dos estados e do Distrito Federal a definição de limite, por hospital, de percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos, além de estratégias para a obtenção de redução destes procedimentos no âmbito do Estado (BRASIL, 2000c).

Em 2001 há um fortalecimento nas ações com o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNAHA), que intencionava aprimorar as relações entre profissionais de saúde e usuários, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade (BRASIL, 2001). Em 2004 a política tornou-se mais abrangente, preocupando-se não apenas com os hospitais, mas com toda a rede de atenção. Dessa forma, foi denominada Política Nacional de Humanização (PNH) e passou a incorporar dispositivos que favorecem a garantia do atendimento, a integralidade assistencial, a ambiência, além de articular a atenção à gestão dos serviços de saúde. Deveriam estar inseridos no processo usuários, trabalhadores e gestores. Ainda no que diz respeito à assistência à mulher, os manuais, protocolos e normas técnicas são indicados para direcionar a assistência baseada em evidências.

Em 2004, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) se transformou em Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com o objetivo de avaliar retrocessos e avanços, tornando-se mais ampla no contexto das necessidades de saúde da mulher.

A mortalidade materna e neonatal preocupava os gestores e havia a necessidade premente de investimento do Ministério da Saúde, com o objetivo da reversão do quadro. Em 2003 o Ministério da Saúde instituiu a portaria que estabelece a obrigatoriedade de notificação compulsória dos óbitos maternos, que devem ser submetidos à investigação dos determinantes e possíveis causas (BRASIL, 2003). Ainda no ano de 2004 foi lançado o Pacto Nacional de Mortalidade Materna e Neonatal, sendo aprovado pela Comissão Intergestora Tripartite, instância de

pactuação das três esferas de governo. O Pacto objetivava, então, reduzir os índices de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2004).

Em 2005 foi instituída a Lei 11.108/2005, que garante a presença de um acompanhante de escolha da mulher no pré-parto, parto e puerpério (BRASIL, 2005). Este acompanhante favorece o bem-estar durante o processo de parto e diminui a ansiedade, trazendo segurança e conforto (COSTA, 2007). No sentido de melhorar a assistência ao parto, toda gestante assistida no SUS, pela Lei 11634 de 27 de dezembro de 2007, tem o direito à vinculação prévia à maternidade onde será realizado o parto (BRASIL, 2007). Em 2008 a Resolução RDC 36 dispõe sobre regulamento técnico para o funcionamento de serviços obstétrico e neonatal. Nesse contexto, as maternidades deverão se adequar para oferecer as condições de parto (BRASIL 2008).

Ainda objetivando a melhoria da qualidade assistencial, o Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria n° 1459 de 24 de junho de 2011, a Rede Cegonha, preocupando-se com atendimento seguro e humanizado em todas as fases do processo de nascimento, estendendo-se até os dois anos do bebê. Objetiva então promover e implementar novo modelo de atenção à saúde da mulher e saúde da criança com foco no pré-natal, parto, no nascimento e no crescimento e desenvolvimento da criança, organizar a rede de atenção materno-infantil e reduzir a mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011a). Assim, as mulheres nas fases de gestação, parto e puerpério deverão ter acesso, acolhimento e resolutividade. Dessa maneira, a equipe de saúde deverá ser qualificada para oferecer respostas para a operacionalização dos objetivos propostos. A estrutura é outro foco fundamental para a melhoria da assistência à mulher na gestação, no parto e puerpério. Para isso, a casa da gestante, casa do bebê e da puérpera, bem como os centros de parto normal proporcionarão acompanhamento por parte da equipe de saúde, não necessariamente no ambiente hospitalar. Por sua vez, as referidas estruturas devem estar vinculadas a unidade hospitalar, no sentido de garantir uma assistência mais complexa, caso haja necessidade.

O Ministério da Saúde instituiu portaria para a efetivação de planos de ação regional e municipal, sendo estes orientadores para as fases de implementação da rede, proporcionando também repasses de recursos e monitoramento e avaliação da Rede Cegonha (BRASIL, 2011b).

Ainda com o objetivo de conhecer as intervenções realizadas na assistência obstétrica e os motivos apresentados pelas mulheres quanto à escolha pela cesárea, conhecer as complicações médicas no período

puerperal e neonatais, bem como as estruturas dos hospitais, foi realizada a pesquisa Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre parto e nascimento. Os dados foram coletados de fevereiro de 2011 a outubro de 2012 e mostram que no referido país as intervenções são rotineiras na assistência ao parto de risco habitual e mais de 50% das mulheres do estudo submeteram-se à realização da episiotomia, sendo, dessas, 75% primíparas. Outro achado foi em relação à posição litotômica no parto, chegando a 90%, além da infusão de ocitocina e do rompimento artificial da membrana amniótica com 40% cada, com o objetivo de acelerar o trabalho de parto. Foi identificado também o índice elevado (37%) na realização da manobra de Kristeller nos partos vaginais (NASCER NO BRASIL, 2012). Então, a pesquisa concluiu que as mulheres brasileiras de risco habitual estão sendo desnecessariamente expostas aos riscos de iatrogenia no parto, devido a esse excesso de intervenções comprovadamente desnecessárias, através das evidências científicas (LEAL et al., 2014).

Em janeiro de 2015 foi publicada no DOU a Resolução Normativa 368/2015, que dispõe sobre o direito de acesso das usuárias à informação sobre os percentuais de cesáreas e de partos normais por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico, além de informações sobre o partograma, sobre o cartão da gestante, bem como a carta de informação à gestante no sistema suplementar. O cartão da gestante deve conter dados do cartão da Gestante do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015b). As normativas têm sido uma constante no Ministério da Saúde, na tentativa de melhorar as condições do parto, incentivo ao parto vaginal e conseqüentemente a diminuição das intervenções desnecessárias. Há, nesse contexto, o direcionamento de que a saúde suplementar deve também priorizar preocupações com os indicadores e evidências científicas.

### **3.3 Cuidados em saúde e cuidados de enfermagem**

O ser humano é dotado de necessidades físicas, psicológicas e socioculturais e, dessa forma, predispõe a necessidade de cuidados, prestados por si mesmo ou por outros, sendo, portanto, essência da vida dos seres humanos e se dá em relações complexas entre os seres e seus diversos ambientes (ERDMANN et al., 2004). Nesse sentido, o cuidado deve ser conceituado e entendido pelos profissionais da saúde.

Segundo Boff (2004, p.95),

O cuidado se revela numa atitude de colocar atenção, mostrar interesse, compartilhar e estar com o outro com prazer, não numa relação de sujeito objeto, mas de sujeito-sujeito, não numa relação de domínio sobre, mas de con-vivência, não de intervenção, mas de inter-ação e comunhão.

Assim, a ciência do cuidado humano tem se consolidado por meio do profissional de enfermagem, que no seu processo de trabalho, é capaz de desenvolver competências e habilidades que caracterizam o embasamento científico da profissão. O cuidado é realizado numa cadeia de interações que envolvem o profissional, o cliente, o acompanhante e os outros profissionais da saúde. Esta cadeia se dá num processo de construção cotidiana, embasado na sensibilidade, na escuta qualificada, na autonomia dos sujeitos envolvidos no processo, no diagnóstico de necessidades, em um plano de cuidados e na Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Considerando essas prerrogativas, é essencial que os processos de cuidado sejam entendidos e contextualizados pela comunidade científica. O processo de trabalho na enfermagem foi construído desde Florence Nightingale, no século XIX, quando surgiu a necessidade premente de realizar cuidados de higiene, conforto, alimentação e melhoria das condições físicas e psicológicas dos soldados feridos na guerra da Crimeia. Em seus pressupostos sobre o cuidado, o papel da enfermeira é equilibrar o meio ambiente para que o paciente possa conservar a sua energia vital para recuperar-se da doença (NIGHTINGALE, 2010). Traz a cultura e a espiritualidade do ser humano como fatores importantes para a realização do cuidado. Desde então, a enfermagem vem se consolidando como ciência do cuidado.

A teoria ambientalista discorre sobre a importância do ambiente como fundamental para prevenir, suprimir ou contribuir para a doença ou morte. Preocupações com aspectos como ventilação, calor, iluminação, barulho, limpeza, higiene ambiental fazem parte do ritual de cuidados essenciais para a boa recuperação do indivíduo, pois tudo o que está em volta pode influenciar as condições de saúde (NIGHTINGALE, 2010).

Em uma perspectiva de um novo paradigma da enfermagem, Watson (2002a) traz o pensamento sobre a necessidade de reestruturação no modelo de curar-cuidar da enfermagem, pois o pensar dominante do Ocidente não mais responde às necessidades do indivíduo.



É preciso um modelo que contemple além da medicina tradicional e que supere a abordagem curativista.

Jean Watson traz a discussão da enfermagem como disciplina científica preocupada com o cuidado intersubjetivo, denotando um processo e uma prática transpessoal e metafísica, proporcionando a elucidação e o reconhecimento sobre a compreensão de pessoa, da enfermagem e dos processos de cuidar na saúde e na doença. A pessoa, neste contexto, é considerada um ser no mundo, além de representar um local da existência humana, possuindo mente, corpo e alma. É organismo, é parte da natureza e é também espiritual. O modo de estar no mundo compõe um campo fenomenológico. Este cuidar favorece harmonia, evolução espiritual e perfeição (WATSON, 2002b). Considera ainda que a humanidade necessita de cuidados holísticos nos contextos da saúde que proporcionem o humanismo e a qualidade de vida.

O cuidado de enfermagem, de acordo com Watson (2007), está pautado em valores humanistas que incluem bondade, empatia, preocupação e amor, consigo mesmo e com os outros, bem como se preocupa com o respeito às crenças dos indivíduos para nutrir a fé como influência positiva à recuperação do estado de saúde. No processo do cuidado a sensibilidade de si próprio e do outro são fundamentais para entender o outro, proporcionando recuperação e bem-estar. Nestes contextos a relação e a escuta são fundamentais, promovendo a troca de experiências. O enfermeiro é capaz, neste processo, de ser criativo para elaborar um plano de cuidados, a partir do conhecimento, da tecnologia, das habilidades, da ética, da intuição, do empirismo, capazes de promover as necessidades do indivíduo. A preocupação com o ambiente físico, espiritual e mental é inerente ao processo de trabalho do enfermeiro na perspectiva de promover a cura. Aspectos como imagens, visualizações, música, som, toque intencional, arte, relaxamento devem fazer parte do cuidado humano. Assim, o cuidado não é apenas físico, mas, neste caminho, o enfermeiro deve preservar a dignidade e integridade humana. O enfermeiro, nesta perspectiva, deve-se permitir estar aberto a dimensões fenomenológica existencial e espiritual do curar-cuidar em saúde.

De acordo com a teoria da prática humanística e tendo a enfermagem seu embasamento no cuidado humano e conseqüentemente munido de relações, esta se faz numa experiência de troca, compartilhada entre o ser que cuida e o que é cuidado, objetivando o bem-estar e o estar melhor. A teoria do cuidado humanístico, então, demonstra uma preocupação com as experiências dos componentes

envolvidos na relação e o significado que cada um constrói da vivência. O diálogo nesta relação é fundamental, estando envolvidos o encontro, o relacionamento e o estar presente, denotando um chamado e uma resposta. O cuidado de enfermagem é estar com o outro (PATERSON; ZDERAD, 1979).

De acordo com Erdmann (1996, p. 131),

[...] o cuidado assim, pode ser visto como um processo de relações, interações e associações entre os seres, sendo parte organizador do sistema de saúde, parte organizador do sistema de cuidados, co-organizando-se junto aos demais sistemas sociais.

Nesse contexto, entende-se que as relações construídas no processo de trabalho do enfermeiro durante o cuidado em saúde, em situações de estresse, também pode ser favorável para a construção de um envolvimento verdadeiro, favorecendo a transformação de pessoas e do meio ambiente (MERCÊS; ROCHA, 2006).

As teorias do cuidado em enfermagem fundamentam-se em pressupostos básicos para a profissão. Então o enfermeiro deve ser capaz de interagir, relacionar-se, trocar experiências, compartilhar, dialogar, escutar, respeitar a cultura e a espiritualidade, promover as necessidades individuais, ser criativo, propiciar um ambiente favorável e estar sensível. Estes elementos interlaçados definem a essência do cuidado humano e estão embasando o processo de trabalho do profissional de enfermagem.

Visualiza-se que as teorias de cuidados direcionam as ações do enfermeiro e promovem reflexões acerca da postura profissional nas dimensões humanas, técnicas e éticas da profissão. As práticas de saúde devem ser direcionadas para um viver saudável e envolver os indivíduos para o exercício da autonomia e para a responsabilidade individual e coletiva a fim de potencializar mudanças estruturais e sociais (ERDMANN et al., 2006). A construção de novas práticas de cuidado requer um novo olhar, para as organizações de saúde e para o mundo que as rodeia e com o qual estão em constante interação (ERDMANN et al., 2004).

Nessa perspectiva, são visualizadas múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde, sendo composta pela dimensão profissional, caracterizada pela postura ética do trabalhador, pela sua competência e seu saber no desenvolvimento de suas atividades, e

também pela dimensão organizacional, que diz respeito à preocupação com os contextos onde ocorrem as práticas em saúde e numa relação de composição de vários atores, e, por último, a dimensão sistêmica da gestão de cuidados, caracterizada pelo conjunto de serviços de saúde com variados graus de incorporações tecnológicas e fluxos (CECÍLIO, 2009).

Sendo assim, é importante a construção de um modelo assistencial de cuidados obstétricos prestados pelo enfermeiro, em uma nova conjuntura de necessidades, e para isso as organizações e redes de serviços de saúde deverão estar preparadas para a complexidade do assistir na obstetrícia. Nos mais diversos contextos do cuidado em saúde, o enfermeiro poderá realizar o cuidado obstétrico à mulher, aos recém-nascidos e familiares produzindo relações e sentimentos de trocas e realização.

### **3.4 História e legalização do cuidado da enfermagem obstétrica**

No Brasil a existência de profissionais não médicos para assistir o parto foi criada após a institucionalização da faculdade de medicina em 1834, quando a francesa Maria Josefina Matilde Durocher, posteriormente naturalizada brasileira, tornou-se a primeira parteira no meio acadêmico pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (BRENES, 1991). Devido à vinculação de sua formação, as parteiras, nesta época, possuíam o domínio do profissional médico (GARCIA; LIPPI; GARCIA, 2010). Porém, em 1894, foi criada a Escola profissional de enfermeiros através do Decreto nº 791 de 1890, e em 1923 houve a criação da Escola Anna Nery vinculada à Universidade do Brasil (PADILHA; BORESTEIN; SANTOS, 2011). Com o passar dos anos, por volta de 1950 a 1960, houve uma queda na formação de parteiras, proveniente da luta das enfermeiras formadas pelas escolas de enfermagem. Anos depois a reforma universitária vetou a existência de cursos que possuíam a mesma finalidade e a partir de então passou a chamar de escola de enfermagem e obstetrícia.

Como consequência, o Conselho Federal de Educação (CFE/MEC), por meio do Parecer de nº 163/72, criou um currículo mínimo para a formação da enfermagem e contemplando uma das modalidades destaca-se a obstetrícia. Posteriormente outro Parecer do CFE, de nº 314/94, propõe a formação do enfermeiro generalista, ou seja, sem habilitação, e a obstetrícia passou a ser realizada pela formação de pós-graduação *latu sensu* e *stricto sensu*. Foi um marcador para a implementação de pesquisas e núcleos de estudos na área de

saúde da mulher (TYRREL; SANTOS; LUCAS, 2005). Por conseguinte, hoje, no Brasil, a enfermeira obstetra tem sua atuação regulamentada pela Lei do Exercício Profissional nº 7498/86 e através do Decreto Lei nº 94406/87 (PEREIRA, 2010). Assim sendo, este profissional é apto a realizar prestação de assistência à parturiente e ao parto normal; identificar as distocias obstétricas e tomar providências até a chegada do médico, e realizar a episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessária, além da atuação do enfermeiro generalista de prestar assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido (BRASIL, 1987).

O cuidado de enfermagem à mulher no processo de parto foi adquirindo impulso legal, a partir de alguns documentos que nortearam a política de incentivo ao parto natural, a humanização do nascimento e a diminuição da mortalidade materno-infantil no Brasil. Nesse contexto, a atuação de enfermeiro obstetra é fundamental para a mudança de direcionamento de modelo assistencial. Como consequência, as normatizações valorizam a atuação do profissional, assim destacadas: Em 1996 a Organização Mundial de Saúde reconhece a importância do enfermeiro obstetra ou obstetriz no acompanhamento do parto fisiológico (OMS, 1996); posteriormente, em 1997, o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, através da Resolução nº 195/1997, garante a legalidade da solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro quando no exercício de suas atividades profissionais em programas de saúde pública ou rotina aprovada pela instituição de saúde (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1997).

No ano de 1998 foi instituída a Portaria nº 2815 do GM, que inclui na tabela do SHI (Sistemas de Informações Hospitalares do SUS) o grupo de procedimentos e os procedimentos referentes ao parto normal, sem distocia, realizado por enfermeiro com analgesia local, visando à redução da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 1998b).

Quanto à realização de emissão de laudo de Autorização de Internamento Hospitalar (AIH), a Portaria nº 163, de 22 de setembro de 1998 define que podem fazê-lo os profissionais portadores de diploma ou de certificado de obstetriz ou de enfermeiro obstetra. (BRASIL, 1998c).

A Resolução nº 223, de 1999, do COFEN regulamenta a atuação do enfermeiro na assistência a mulher na gestação, parto e puerpério (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1999). Neste mesmo ano é institucionalizado, ainda, no país, o Centro de Parto Normal, por meio da Portaria nº 985 do Gabinete do Ministro – MS, em 05 de agosto

de 1999. Estes objetivam o favorecimento da humanização na gravidez, parto e puerpério no SUS (BRASIL, 1999).

No ano 2000 o Ministério da Saúde publica a Portaria n° 569 do GM referente ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no âmbito do SUS e nos princípios gerais e condições adequadas para a assistência ao parto, dispõe sobre a presença do enfermeiro na equipe de assistência ao parto (BRASIL, 2000b).

Em 2000 foi publicada, ainda, a Portaria n° 572 do GM, que institui o componente III do PHPN, nova sistemática de pagamento de assistência ao parto, e neste mesmo documento também dispõe, no § 5° – Para o procedimento 35.080.01.9 – parto normal sem distocia realizado por enfermeiro obstetra, valores previstos para pagamento pelo SUS (BRASIL, 2000d).

Com a intenção de melhoria da assistência ao nascimento foi estabelecido, em 2004, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, para mobilizar atores sociais na luta contra os elevados índices de mortalidade. No item 06 dispõe sobre Qualificação e Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento e apoia a especialização de enfermagem obstétrica, bem como projetos para a humanização em maternidades (BRASIL, 2013a).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n° 36 da ANVISA - 2008 dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal e, no item 5.3, dispõe sobre recursos humanos e recomenda que o Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter um responsável técnico legalmente habilitado pelo seu conselho de classe (BRASIL, 2008). No mesmo ano o COFEN, através da Resolução n° 339, normatiza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro obstetra nos centros de parto normal e ou casa de parto e dá outras providências (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008).

Ainda no sentido de fortalecer a política foi publicada a Portaria n° 904, de 29 de maio de 2013, que preconiza diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Objetiva prestar atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o componente parto e nascimento da Rede Cegonha. Dispõe, ainda, sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento e custeio (BRASIL, 2013b). Em 7 de janeiro de 2015 é instituída a portaria n°11 que redefine as diretrizes para a implantação e habilitação do Centro de Parto Normal para o atendimento à mulher e ao recém-nascido, e dispõe sobre a responsabilidade técnica do enfermeiro obstetra ou obstetrix

como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN, sendo este o profissional horizontal com carga horária de 40 horas semanais – 8 horas por dia. Deverá também ter no mínimo um enfermeiro obstétrico ou obstetrix com cobertura de 24 horas por dia, durante os sete dias da semana, além de um técnico de enfermagem e um auxiliar de serviços gerais (BRASIL, 2015c). Constata-se através dessa portaria o reconhecimento e a importância do enfermeiro obstetra na condução do parto normal.

## **4 COMPREENDENDO O REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO**

Neste capítulo é apresentado o referencial teórico-filosófico que sustenta a tese com os conceitos e princípios que embasam o paradigma da complexidade e sua relação com o contexto da prática do cuidado do enfermeiro obstetra no parto.

### **4.1 Contextualizando o pensamento complexo**

#### **4.1.1 Introdução ao pensamento complexo**

A Teoria da Complexidade, construção da comunidade científica, traz importantes discussões sobre as relações, os processos e as contradições, denotando uma necessidade anterior de definir o que direciona a comunidade científica. Segundo Kuhn (2011, p.13)

Paradigmas são as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência.

O paradigma desempenha um papel, ao mesmo tempo, subterrâneo e soberano em qualquer teoria, doutrina ou ideologia [...] instaura relações primordiais, que constituem axiomas, determina conceitos, comanda discursos e/ou teoria. (MORIN, 2011a, p. 25).

Na evolução da ciência, o homem insere-se na produção do saber em uma concepção paradigmática. O paradigma da complexidade traz um repensar sobre o homem, a sociedade, a espécie, a ciência, num todo imbricado por interações, processos, contradições, incertezas e flexibilidade (MORIN, 2012).

A Teoria da Complexidade surgiu, a partir de várias outras teorias – teoria do caos, teoria das catástrofes, teoria lógica/conjuntos, provenientes das ciências exatas, que começaram a preocupar-se com uma concepção mais aproximada da realidade, indo de encontro ao reducionismo. Estas teorias passam, então, a ter uma aproximação com as ciências naturais e ciências humanas. Na Teoria da Complexidade os relacionamentos e processos fazem parte da visão de mundo (TORRES,

2005). É necessário que as teorias sejam abertas, racionais, críticas, reflexivas, autocríticas, aptas a transformar-se (MORIN, 2011a).

Morin (2012) discorre sobre o paradigma da complexidade embasado em princípios complementares e interdependentes definidos como sistêmico, hologramático, do circuito retroativo, do circuito recursivo, da autonomia dependência, o dialógico e o da reintrodução do conhecimento, traduzindo, portanto, a compreensão do pensamento.

O princípio sistêmico liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, considerando que o todo é mais que a soma de suas partes. Por outro lado, o todo pode ser, igualmente, menos que a soma das partes, quando as qualidades ficam inibidas pela organização do conjunto. O princípio hologramático refere-se à concepção de que não apenas a parte está no todo, mas o todo está na parte, pois um minúsculo ponto de imagem de um holograma gráfico contém quase a totalidade da informação do objeto. No que diz respeito ao princípio dialógico, a ordem e a desordem podem ser concebidas em termos dialógicos, partindo do pressuposto de que ambas fazem parte das organizações, de forma que são complementares e antagônicas, formando o todo complexo, isto é, unem-se dois princípios que naturalmente se excluiriam. Quanto ao circuito recursivo, produtos e efeitos são causas e produtores do que os produz, pertencendo a um ciclo auto-organizador. O circuito retroativo rompe com a ideia da causalidade linear. Quanto ao princípio da reintrodução do conhecimento, sinaliza que todo o conhecimento é uma reconstrução realizada em época e cultura determinadas. A autonomia dependência traduz a autonomia inseparável da dependência, a partir do momento em que os seres são autônomos, consomem energia para manter-se e dependem da natureza. São seres auto-eco-organizadores (MORIN, 2011b; MORIN, 2012).

Assim, o homem está inserido no mundo como uma minúscula parte no todo, porém contém a presença do todo na parte (MORIN, 2012). Dessa forma, é imprescindível contextualizá-lo. Este é uma unidade complexa da natureza, apresentando características físicas, biológicas, psicológicas, culturais, sociais, históricas e espirituais. É um ser multidimensional que requer articulação, a identidade e a diferença dos variados aspectos humanos. O “*homo sapiens*” é ao mesmo tempo “*Homo demens*”, “*homo faber*”, “*homo ludens*”, “*homo economicus*”, “*homo mythologicus*”, “*homo prosaicus*” e “*homo poeticus*” que vive e interage no mundo (MORIN, 2012). São antagônicos e ao mesmo tempo se completam. O ser humano, dessa forma, em suas fases de vida é um ser político e dinâmico na sociedade, que constrói as práticas de saúde.



Nessa condição de homem racional é capaz de modificar a realidade e de ser modificado por ela. É, assim, produtor e produto da sociedade. Na perspectiva do cuidado complexo é necessário o pensamento amplo, flexível, contextualizado e auto-eco-organizador (ERDMANN et al., 2006).

Nesse conjunto, é um ser complexo que não deve ser estudado ou entendido de forma fragmentada, mas, acima de tudo, integrado. Considerar que o humano é indivíduo, parte da sociedade e parte da espécie é compreender que o seu desenvolvimento se dá a partir da autonomia individual, da participação comunitária e da consciência de pertencer à espécie humana, podendo, então, estabelecer controle mútuo entre os indivíduos e a sociedade em prol da democracia e entender a humanidade como uma comunidade planetária, instigando a vontade de realizar a cidadania terrena. Pode-se, dessa maneira, imaginar o conhecimento produzido pelo homem também como estrutura complexa, que não deve ser fragmentado em disciplinas, pois dessa forma há o impedimento da relação entre as partes, bem como com a sua totalidade (MORIN, 2011a; MORIN, 2012).

Desta maneira, Morin (2012) retrata a reforma do pensamento como uma necessidade de enfrentar a incerteza, da substituição da causalidade linear e unidirecional pela causalidade circular e multirreferencial, da substituição da rigidez da lógica clássica pelo diálogo, considerando noções antagônicas e complementares, da necessidade de ligação da explicação à compreensão. O pensamento complexo predispõe princípios de disjunção, mas também de conjunção e de implicação.

#### 4.1.2 Interações e sistemas complexos

De acordo com Morin (2012) a disciplina, como categoria organizadora, responde pelas diferentes áreas da ciência, como também responsabiliza-se pela divisão e a especialização do trabalho. É autônoma pelas características de limitação de fronteiras, de suas próprias técnicas, linguagens e teorias.

Considerando que o cuidado em saúde e em enfermagem possui estruturas arraigadas no modelo biomédico da saúde, constata-se que os cursos da área são estruturados em disciplinas. Por conseguinte, estas possuem a tendência de fragmentar o ser do cuidado em partes. Portanto, o homem, com suas necessidades físicas, biológicas, psicológicas, espirituais, sociais e culturais, é dividido em estruturas

fixas, tendo dificuldades de articular, interagir e então ser contextualizado em seu todo complexo (MORIN, 2013).

É notório que o processo de construção de um modelo de cuidado assistencial, neste caso, obstétrico, predispõe uma cadeia de interações complexas que são construídas nas diversas relações, envolvendo os profissionais, os gestores, as clientes e os familiares inseridos em variados contextos de saúde com especificidades peculiares. Porém, a medicina, constantemente, depara-se com a ambivalência visualizada entre os progressos conquistados pelo conhecimento científico e a geração de ignorância, pois as descobertas acontecem embasadas na separação e compartimentalizações entre disciplinas especializadas. A especialização proporciona o crescimento da ciência médica, mas separa o conhecimento que precisaria ser religado. Dessa forma, o órgão torna-se isolado do organismo, bem como o organismo do psiquismo. O indivíduo é ignorado como pessoa e também passa a ser isolado do seu meio natural (MORIN, 2013).

O cuidado à mulher em processo de parto, no Brasil, ocorre em sua maior parte em ambiente hospitalar. Não diferente das demais especializações da área da saúde, há nitidamente a separação dos órgãos e a mulher é reduzida a um ventre, que aloja um bebê. Há neste processo a fragmentação da mulher: a obstetrícia a considera apenas como barriga, esquecendo sua dimensão psicológica, familiar, cultural e social. Os problemas oriundos da hiperespecialização requerem, portanto, uma revolução epistemológica, considerando a complexidade de práticas que envolvem as dimensões éticas e políticas na saúde (MORIN, 2013).

Esta mulher ainda é isolada em um ambiente tecnicista, fragmentado e medicalizado. Ela torna-se passiva, paciente. Então, o hospital é ao mesmo tempo um espaço de humanidade e desumanidade (MORIN, 2013). Este aparato fragmentado é para proporcionar o nascimento de um filho que deveria ser fisiológico, natural. No cuidado obstétrico deve-se considerar o contexto, pois é necessário perceber o global, ou seja, as relações entre o todo e as partes, o multidimensional, internalizando o ser humano multidimensional e inevitavelmente o complexo (MORIN, 2011a).

No mesmo raciocínio estão as organizações, como sistemas complexos que se deparam constantemente com os desafios inerentes à sua funcionalidade. Assim, a ordem e a desordem estão presentes nos processos administrativos, já que uma organização caracterizada apenas pela ordem seria mutilada de inovação e de criação. Por outro lado,

apenas a desordem traria a impossibilidade de constituir a organização, sendo incapaz de conservar a novidade (MORIN, 2010).

Nesse sentido, a ordem e a desordem fazem parte do dia a dia das organizações. A superação das dificuldades diante das adversidades peculiares ao sistema são desafios constantes dos sistemas complexos. Nesse contexto estão as organizações de saúde, que convivem com a necessidade de melhoria da assistência, melhoria nas relações de trabalho e melhoria nos processos. Os princípios da administração complexa estão fundamentados em estímulo à ação autônoma, almejam um padrão de relações cooperativas, bem como a agregação de sujeitos aptos a contribuir para a competência do conjunto, favorecendo um desempenho organizacional (AGOSTINHO, 2003). Visualiza-se, ainda, que a gestão das práticas do cuidado requer entendimentos sobre a diversidade humana, considerando a importância do diálogo, das interações sociais e da inserção social, política e cultural do homem, imbricados na complexidade humana e nas relações do cuidado (ERDMANN et al., 2006).

Fazendo parte dos sistemas e ou organizações complexas estão os sistemas de saúde e os hospitais, que são constituídos por diversos níveis de interações, processos, fenômenos e interesses. Devem ser entendidos, assim, como organização que necessita de seres autônomos, que se relacionam e que são capazes de favorecer o crescimento organizacional. Este sistema de saúde deverá considerar a necessidade constante de conviver com a ordem, a desordem, as incertezas e contradições, para de fato conseguir superar as imprevisibilidades e promover a melhoria do cuidado.

Ao tentar compreender as dificuldades pelas quais a assistência obstétrica tem enfrentado ao longo dos anos, visualiza-se claramente a prevalência de um modelo fragmentado, compartimentalizado, e preocupado cada vez mais com a hiperespecialização assistencial, produzindo assim os saberes separados. Esta hiperespecialização impede a visão integral do sujeito cuidado, bem como o que é essencial no contexto da assistência. Em consequência, há dificuldades para contextualizar os saberes e integrá-los em seu conjunto. Como produto, a organização das disciplinas torna impossível a compreensão do que é tecido junto, isto é, complexo (MORIN, 2012).

Então, os modelos de atenção à saúde, bem como modelos de atenção obstétrica e modelos de cuidados de enfermagem precisam ser contextualizados e visualizados a partir de uma releitura complexa, capaz de enxergar a sua totalidade, as interações, as incertezas, a ordem, as desordens, as contradições pertinentes à organização, para que, a

partir de então, se possa compreender e estar preparado para a construção e reconstrução de modelos de cuidados.

## 5 COMPREENDENDO O REFERENCIAL METODOLÓGICO

Foi utilizado o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), ou *Grounded Theory*. O objeto de estudo é um fenômeno que pretende elucidar um modelo teórico. A TFD permite seguir as indicações que vão surgindo no campo de pesquisa ampliando a flexibilidade e oferecendo mais foco ao pesquisador. Assim, modela e remodela a coleta de dados, gerando um refinamento destes. Entende-se, então, que a metodologia inicia desde a fase da coleta de dados às fases posteriores de análise e de elaboração da teoria (CHARMAZ, 2009).

Dessa maneira, será apresentado, a seguir, segundo Strauss e Corbin (2008), Charmaz (2009), o referencial metodológico adotado neste estudo, visando esclarecer os princípios que norteiam os passos da coleta e análise que foram utilizados na referida investigação.

### 5.1 Breve histórico

A TFD, ou *Grounded Theory*, foi desenvolvida inicialmente nos anos 60, por Anselm Strauss e Barney Glaser, membros da escola de sociologia de Chicago e Colúmbia, respectivamente, e publicada como método de pesquisa em 1967, no livro *The Discovery of Grounded Theory* (CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008).

A *Grounded Theory* fundamenta-se a partir de duas tradições opostas da sociologia, caracterizada por uma visão mais positivista, proveniente da Universidade da Colúmbia e uma visão mais pragmatista, proveniente da Universidade de Chicago. O objetivo de Glaser era de poder codificar os métodos de pesquisa qualitativa, como era codificada a pesquisa quantitativa. Pois seria necessário um método que contemplasse estratégias explícitas para a elaboração da pesquisa, preocupando-se assim com métodos codificados rigorosos. Sinalizava ainda versões abstratas de fenômenos sociais baseados em dados (CHARMAZ, 2009). Enfatizava a pesquisa na elaboração da teoria, ressaltando a identificação, o desenvolvimento de conceitos e a inter-relação entre estes através da constante comparação dos dados (STRAUSS; CORBIN, 2008). Já Strauss percebia os seres humanos como ativos e que o processo, e não apenas a estrutura, era essencial à existência humana, bem como as práticas para soluções de problemas e a importância dos significados subjetivos e sociais (CHARMAZ, 2009).

Destaca-se que Strauss foi influenciado por pesquisadores interacionistas e pragmatistas, que deixaram contribuições importantes, como: a) a necessidade de ir ao campo para descobrir o que realmente

está acontecendo; b) a relevância de teoria, embasada nos dados, para o desenvolvimento de uma disciplina e como base para a ação social; c) a complexidade e variabilidade dos fenômenos e da ação humana; d) a crença de que as pessoas são atores que assumem um papel ativo ao responder às situações problemáticas; f) a compreensão de que o significado é definido e redefinido através da interação; g) a necessidade para a natureza evolutiva e do desenvolvimento dos eventos ou o processo; h) a consciência das inter-relações entre as condições (estrutura), ação (processo) e consequências de um evento (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Por volta dos anos 60, Strauss e Glaser trouxeram uma importante contribuição para a pesquisa qualitativa no que se referia à dominação da pesquisa quantitativa positivista, apesar de na década de 90 a TFD ficar conhecida pelo seu rigor e utilidade, bem como pelos seus pressupostos positivistas. Então, passou a ser utilizada tanto na pesquisa quantitativa, como na pesquisa qualitativa (CHARMAZ, 2009).

Posteriormente, Strauss e Corbin aprofundam o método de análise dessa abordagem na sua publicação *Basic of Qualitative Research: techniques and procedures for developing grounded theory*, reforçando a sua importante utilização na pesquisa qualitativa.

## 5.2 Considerações sobre o método

Strauss e Corbin (2008) se referem à TFD como método qualitativo descritivo de pesquisa, a ser utilizado quando o propósito de investigação é a elaboração de novos entendimentos e/ou expressões de um fenômeno. Dessa forma, classificam-no como método de construção teórica embasada nos dados. Segundo os autores, o que torna esse método diferente de outras abordagens de elaboração teórica é o embasamento nos dados, ou seja, a teoria se elabora a partir dos dados da realidade, ao invés da construção de conceitos derivados da experiência ou por suposição. Consequentemente tende a proporcionar um importante direcionamento para a ação.

Strauss e Corbin (2008) mencionam três etapas de análise dos dados, e fazem uma diferenciação entre elas no processo da construção teórica nesta metodologia: descrição, organização dos conceitos e teorização.

A descrição se refere à elaboração informativa e cuidadosa de algum aspecto ou fenômeno da realidade. Contém detalhes descritivos e conceitos, porém não possui interpretações acerca do porquê, nem como

o fenômeno ocorre. Esta interpretação se elabora com a coleta de mais informações e mais questionamentos. Embora não seja teoria, a descrição é a base para a organização dos conceitos, para a teorização e para as possíveis hipóteses.

A organização de conceitos é a etapa considerada pelos autores como precursora da teorização. Nesta etapa, os dados são organizados em categorias. O processo envolve a identificação de itens nos dados e é anunciada uma definição de acordo com as suas características e dimensões. As descrições elaboradas no nível anterior, que em si contêm classificação de objetos, são utilizadas para classificar, de alguma forma, as categorias especificadas. Estas classificações podem ser analisadas de forma temática, por estágios, ou por tipos de pessoas e ações. Este tipo de análise é essencial para o nível denominado teorização, pois uma teoria contém conceitos definidos de acordo com suas características e dimensões. A organização de conceitos, porém, pode constituir o objetivo desejado em algumas investigações, e não a integração desses conceitos em uma teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os autores definem teoria como o conjunto de categorias ou conceitos interrelacionados de forma sistemática, através de enunciados de relação, formando um quadro que explica um fenômeno. A teoria se elabora no terceiro nível de análise, que os autores chamam de teorização (como forma de ressaltar que se trata de um processo, de uma construção), que se inicia quando se passa da fase de organização dos conceitos para a elaboração da relação entre eles.

### **5.3 Procedimentos**

A análise possui várias fases: transcrições das gravações, realização das leituras e codificação, ou análise dos dados propriamente dita, e a delimitação da teoria. A codificação se refere à atribuição de nomes que descrevem os elementos identificados. É importante ressaltar que a criatividade se manifesta na habilidade do pesquisador para nomear as categorias, fazer questionamentos estimulantes e comparações, e extrair um esquema inovador, integrado e realístico a partir do grande volume de dados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O processo inicia-se com a microanálise, mais detalhada, linha por linha, que é necessária no estudo para gerar as categorias após as codificações e para sugerir relações entre estas, em um processo de constante comparação. A codificação é definida como um processo analítico que se organiza em três etapas: codificação aberta, axial e

seletiva, através das quais os dados são examinados, conceituados e integrados para construir uma teoria.

a) Codificação aberta - O procedimento desta codificação consiste na decomposição, análise, comparação, conceituação e categorização dos dados. Nesta fase, os questionamentos emergem para dar vida aos dados, caracterizada essa fase pela redução dos dados em unidades de análise, sendo os mesmos designados por códigos que os agrupam em categorias. Os dados se codificam em tantos códigos quantos necessários para assim fazer comparações entre categorias e, numa fase posterior, encontrar as categorias mais centrais e as conexões existentes entre elas.

b) Codificação axial – Nessa fase ocorre o reagrupamento dos dados, divididos anteriormente na codificação aberta. Caracteriza-se pelo ato de relacionar categorias às subcategorias, ou seja, às suas propriedades e dimensões. A categoria representa o fenômeno que emerge e a subcategoria responde a questões sobre o fenômeno. Esta relação favorece o aparecimento das codificações que ocorrem ao redor da linha central (eixo) de uma categoria, e, conseqüentemente, o processo de análise. A análise não é um processo estruturado, estático ou rígido; ao contrário, é um processo fluido e criativo que se movimenta rapidamente através da comparação entre os tipos de codificação, utilizando livremente técnicas analíticas para a sua classificação em semelhanças e diferenças de agrupamentos.

c) Codificação Seletiva - É o processo de integrar e refinar categorias, ou seja, a codificação seletiva se preocupa com a delimitação da categoria central e a relação desta com as outras categorias secundárias. A categoria central tem poder analítico, pois possui habilidade de juntar as outras categorias para a formação de um todo explicativo. Ela deverá responder pela variação dentro das categorias. O processo de codificação seletiva subsidiará a relação das categorias gerais e a organização dos conceitos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Assim, entende-se que, na codificação aberta, o pesquisador se preocupa com a produção de categorias e posteriormente busca determinar como as categorias variam dimensionalmente. Na codificação axial, as categorias são sistematicamente desenvolvidas e relacionadas às subcategorias. No entanto, somente quando as categorias estão finalmente integradas, pode ser formado um esquema organizacional maior e os resultados formam a teoria.

A TFD dispõe de ferramentas analíticas que objetivam facilitar o processo de codificação. Dessa maneira, a primeira ferramenta é exatamente o uso de questionamentos que ajudam na construção da



teoria derivada. Então: Quem? Quando? Por quê? Onde? O quê? Como? Quanto? Com que resultados? abrem o olhar do pesquisador. A segunda ferramenta refere-se à análise de palavras, frases e parágrafos que levantam questões sobre significados e tornam conhecidas as suposições do pesquisador. A terceira ferramenta é realizar comparações constantes favorecendo a identificação e o desenvolvimento das categorias. As comparações podem ser de incidente por incidente ou objeto por objeto, como também comparações teóricas, ou seja, comparar conceitos abstratos. Este referencial metodológico possui ainda algumas técnicas importantes para a análise: amostragem teórica, memorandos, diagramas, e a estrutura de paradigma (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A amostragem teórica é a coleta dos dados orientada pelos conceitos que surgem no transcorrer do estudo. As comparações realizadas é que definem os dados que serão coletados na amostragem teórica. Consistem em selecionar mais sujeitos, indo a lugares, pessoas ou eventos que tragam mais oportunidades de descobrir as variações entre os conceitos e que permitam aprofundar as categorias em termos de suas propriedades e dimensões (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Dessa forma, a amostragem teórica preocupa-se em obter os dados, assim como constrói ideias provisórias sobre os dados e analisa essas ideias através de nova investigação empírica. Favorece a elaboração de categorias completas e robustas, proporcionando uma melhor relação entre as categorias. A amostragem teórica pode ser utilizada no início ou em etapas posteriores da pesquisa, desde que existam categorias que orientem a amostragem (CHARMAZ, 2009). Portanto, se o pesquisador sentir, através dos dados, que há necessidade de voltar ao campo para aprofundar a análise e entender melhor o fenômeno, poderá haver a flexibilidade de retorno à coleta para refinar as inquietações que surgem, pois as ideias podem surgir em fases posteriores ao processo e conduzir o pesquisador de volta ao campo, almejando uma perspectiva mais detalhada (CHARMAZ, 2009).

Os memorandos são registros escritos de análise que podem variar em tipo e forma, como notas de código, notas teóricas e notas operacionais: as notas de códigos contêm os produtos dos três tipos de codificação: aberta, axial e seletiva; as notas teóricas resumem ou refletem os pensamentos do analista e as ideias que surgem ao realizar a amostragem teórica, bem como de qualquer outra questão; as notas operacionais contêm instruções e lembretes que o pesquisador faz acerca do processo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

De acordo com Charmaz (2009), a redação dos memorandos fomenta o pesquisador a realizar a análise dos dados e códigos no início

do processo de pesquisa e proporciona elevar o nível de abstração das ideias. Nesse estágio, alguns códigos destacam-se e passam a assumir a forma de categorias teóricas, decorrentes da escrita de sucessivos memorandos. Assim, as redações captam o pensamento do pesquisador, bem como apreendem as comparações e conexões realizadas pelo pesquisador e cristalizam as direções a serem buscadas. Dessa forma, através dos memorandos há a comparação de dados e dados, dados e códigos, códigos de dados e outros códigos, códigos e categorias e categorias e conceitos. É capaz ainda de articular conjecturas sobre as referidas comparações.

Os diagramas são memos visuais em vez de escritos, definidos como artifícios para demonstrar as relações entre os conceitos. São importantes para manter o registro das análises, podendo ser feitos manualmente ou através de programas computacionais. Os diagramas ainda registram o progresso, os pensamentos, os sentidos e as direções da pesquisa e do pesquisador, além de ajudá-lo a manter uma distância analítica dos materiais, forçando-o iniciar a fase de conceituação (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O paradigma de análise consiste na identificação durante o processo de análise de variedade de condições, ações/interações e consequências associadas ao fenômeno. Portanto, o fenômeno é construído dentro de uma estrutura condicional que identifica como cada categoria se apresenta, fazendo a relação da estrutura com o processo. Estas, relacionadas, irão fornecer respostas de como e por que o fenômeno aparece em uma estrutura de condições, ações e consequências, formando a estrutura básica do paradigma.

Assim, entende-se que o referencial metodológico está adequado para a referida pesquisa, porque se apresenta como dinâmico e criativo, através de idas e vindas aos dados, e traz a realidade da experiência do enfermeiro no parto e na elucidação de modelo.

## **6 LAPIDANDO A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

Neste capítulo são apresentadas as etapas da pesquisa necessárias para a sua execução, norteadas pelos objetivos propostos. Assim, são apresentados: Delineando o tipo da pesquisa, Descrevendo os locais e o contexto da pesquisa, Identificando a amostragem teórica, Caracterizando os participantes da pesquisa, Sinalizando a coleta e os aspectos éticos da pesquisa, Apresentando os instrumentos da pesquisa, Descrevendo a análise dos dados, e Validando do modelo teórico paradigmático.

### **6.1 Delineando o tipo da pesquisa**

A pesquisa foi realizada através da abordagem qualitativa caracterizada por produzir resultados por meio de processos não estatísticos ou de outros meios de quantificação. Dessa forma, esta abordagem preocupa-se com a vida das pessoas, experiências, comportamentos, emoções e sentimentos, bem como com o funcionamento organizacional, fenômenos culturais, movimentos sociais e interações entre nações (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Foram utilizados os procedimentos da Teoria Fundamentada nos Dados, segundo os estudos de Strauss e Corbin (2008), por focalizar o desenvolvimento conceitual de fenômenos desconhecidos, pertinente no campo de pesquisa. A escolha desse referencial metodológico deveu-se também ao fato de que permite a compreensão de como as pessoas entendem e lidam com os acontecimentos vivenciados por elas.

### **6.2 Descrevendo os locais e o contexto da pesquisa**

A investigação foi realizada nos hospitais/maternidades de referência do Estado do Rio Grande do Norte, após emissão de carta de autorização (APÊNDICE A e B) e posterior autorização das instituições (ANEXO A, B e C) que possuíam histórico de humanização da assistência nas fases do processo de parto, com reconhecimento pelo Ministério da Saúde, bem como possuíam a atuação do enfermeiro obstetra em alguma fase do processo de parto. Assim, as unidades de nascimento estiveram concentradas nos Municípios de Natal e Santa Cruz, no Estado do Rio Grande do Norte e os referidos hospitais/maternidades estavam sob a gestão municipal, estadual ou federal.

Em relação às unidades federais foram incluídos o Hospital Universitário Ana Bezerra e a Maternidade Escola Januário Cicco. Isto se justifica devido ao fato de essas unidades hospitalares desenvolverem algum tipo de experiência inovadora de interações em saúde que pôde contribuir para a elucidação de um modelo de práticas de cuidados obstétricos. Nestas realidades, as políticas de humanização da assistência à mulher e à criança estavam institucionalizadas ou em processo. A equipe de saúde praticava condutas humanizadoras, especificamente os enfermeiros obstetras que realizam o parto humanizado, com redução de técnicas intervencionistas.

No que diz respeito ao ensino no Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), contempla atividades acadêmicas, sendo campo de estágio para os cursos da área da saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), conhecido na época de sua fundação como Centro Rural Universitário de Treinamento e Ações Comunitárias (CRUTAC). Hoje é caracterizado por sua especificidade materno infantil, mantendo cursos de pós-graduação, como a residência médica em Medicina da Família e Comunidade e a Pediátrica e também a residência Multiprofissional em Saúde. A partir de 2015 conta com a primeira turma de residência médica em ginecologia e obstetria. Dispõe de 53 leitos divididos em obstetria, pediatria, clínica médica ginecológica e obstétrica e unidade semi-intensiva neonatal, além de possuir ambulatório especializado na área materno infantil. Realiza 180 partos mensais. Em seu histórico de construção da Política de Humanização da Assistência, recebeu o título de Hospital Amigo da Criança em 1996, foi agraciado pelo Prêmio Galba de Araújo no ano 2000, por ser a unidade hospitalar do Nordeste que incentivava e realizava o parto humanizado, e em 2002 recebeu o reconhecimento pela Fundação Banco do Brasil como Instituição que realiza a tecnologia social. É certificado também como hospital de ensino pelo MEC/MS (BRASIL, 2013c). Hoje desenvolve vários projetos que sinalizam o exercício da cidadania dos funcionários e principalmente clientes assistidos, além de possuir uma estrutura consolidada de ouvidoria hospitalar. É rotina do hospital a aplicação de pesquisa de satisfação, tendo resultados positivos dos clientes assistidos na unidade (BRASIL, 2015d).

Considerando sua especificidade materno-infantil e, cada vez mais, o estímulo ao parto humanizado e, conseqüentemente, a redução de cesáreas, a atuação do enfermeiro obstetra e equipe multiprofissional, bem como a adequação de infraestrutura física no modelo PPP (Pré-Parto, Parto e Puerpério) tem favorecido um diferencial na assistência

obstétrica no Estado do Rio Grande do Norte. A construção das redes favorece a organização dos fluxos, bem como a elaboração e definição de protocolos assistenciais. Atualmente está em processo de consolidação das linhas de cuidados e foi implantada a classificação de risco à mulher e a criança.

Dessa forma, o HUAB se insere na rede assistencial fundamentado nas diretrizes do Ministério da Saúde. A Política Nacional de Humanização (PNH) tem sido o principal eixo norteador e todos os projetos estruturantes são construídos nesta perspectiva. Portanto, a incorporação de boas condutas sempre se fez presente na equipe assistencial, interferindo positivamente no processo de formação dos alunos de graduação e residentes em saúde.

Nos últimos meses se tem discutido com a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte a possibilidade de o HUAB ser centro formador em relação ao parto natural, bem como ser uma incubadora para este tipo de assistência, ainda muito carente no estado.

Também fez parte do estudo a Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), igualmente vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Dispõe de 104 leitos, está localizada em Natal, capital do Estado, referência de alta complexidade para o Hospital Universitário Ana Bezerra e demais serviços do Estado do Rio Grande do Norte, considerando sua importante missão na saúde da mulher. Além de ser referência para os partos de risco e de possuir 66 leitos intensivos e semi-intensivos, possui a UPH (Unidade de Parto Humanizado) para os partos naturais. É responsável por um quantitativo de 370 partos/mês. É também responsável pela formação de médicos obstetras no referido estado, bem como possui residência multiprofissional em saúde. Esta unidade de ensino possui um histórico de humanização do parto, visto que já fez parte de um grupo piloto de humanização do nascimento. Tem ao longo dos anos construído estratégias significativas do incentivo à política de humanização da assistência. Em 1994 recebeu o título de Hospital Amigo da Criança. Apesar de hoje apresentar dificuldades, a assistência à parturiente através de um projeto Midwifery, no final dos anos 90, foi uma experiência bastante significativa desenvolvida na Maternidade Escola Januário Cicco/UFRN, com o Departamento de Enfermagem da mesma universidade, em parceria com a University of Bristol e University of England, ambas em Bristol, na Inglaterra/UK, de acordo com convênio firmado entre a CAPES e o Conselho Britânico para o período 1998/2000. Este projeto almejava um novo modelo de assistência ao parto (DAVIM; BEZERRA, 2002).

A maternidade vinculada à Secretaria Estadual de Saúde foi o Hospital José Pedro Bezerra, mais conhecido como Hospital Santa Catarina. Este hospital também é referência de alta complexidade para o estado, sendo a unidade da maternidade referência para gestação de alto risco. É caracterizado por ser um hospital geral com 158 leitos ao todo, mais 11 leitos de UTI, possuindo urgências nas especialidades de clínica médica, clínica cirúrgica, neonatologia, ginecologia e obstetrícia. Esta instituição hospitalar é Amiga da Criança desde 1995, concedido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. Participa do Programa de Humanização da Assistência e possui assistência às vítimas de abuso sexual, possui ainda Método Canguru e realiza trabalho de prevenção da sífilis congênita e AIDS, através do Projeto Nascer (GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE NORTE, 2013). O Hospital da Polícia Militar, vinculado ao governo do Estado do Rio Grande do Norte, à época da coleta de dados estava em reforma e por isso não fez parte do estudo.

As maternidades vinculadas às Secretarias Municipais de Saúde de Natal foram a Maternidade das Quintas e a Maternidade de Felipe Camarão (MFC). A Maternidade Leide Morais estava, no período da coleta, em reforma.

A Maternidade de Felipe Camarão possui o prêmio Galba de Araújo, concedido no ano de 2002, e é destinada à realização de partos vaginais, pois não possui em sua estrutura centro cirúrgico, tendo assim outras maternidades de maior complexidade como referência (MORAIS, 2010). É também Hospital Amigo da Criança e realiza uma média de 90 partos ao mês e possui um quantitativo de 15 leitos obstétricos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Em relação à Maternidade das Quintas, tem um reconhecido trabalho de parto humanizado, com dois prêmios nacionais: título de Honra ao Mérito do prêmio nacional Galba de Araújo e ainda o título de “Hospital Amigo da Criança”, em 2004 (TRIBUNA DO NORTE, 2010b). Possui 35 leitos cadastrados no SUS e realiza de 170 a 215 partos por mês.

Quadro 1 – Caracterização dos hospitais/maternidades da pesquisa

HOSPITAL/ MATERNIDADE	CARACTE- RIZAÇÃO	NÚMERO DE LEITOS	NÚMERO DE PARTOS/ MÊS	PREMIAÇÕES
MEJC	Federal	104	370	Hospital Amigo da Criança
HUAB	Federal	53	180	Hospital Amigo da Criança Prêmio Galba de Araújo – 2000 Reconhecimento da Fundação Banco do Brasil - Tecnologia

				Social
Hospital Pedro Bezerra	Estadual	169	175	Hospital Amigo da Criança
Maternidade de Felipe Camarão	Municipal	15	90	Hospital Amigo da Criança Prêmio Galba de Araújo - 2002
Maternidade das Quintas	Municipal	35	170	Hospital Amigo da Criança

Elaborado pela pesquisadora principal

Assim, estas foram selecionadas de acordo com o perfil de atenção ao parto humanizado ou porque estiveram inseridas em alguma política prioritária do Ministério da Saúde em relação à assistência materna, que têm se destacado pela qualidade prestada nos últimos anos e em que o enfermeiro possui atuação prática em algum momento da assistência. O Município de Natal, em seu plano municipal de saúde 2014-2017, tem o objetivo de: Organizar e implementar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade, tendo como metas: Reduzir a taxa de cesáreas em até 5% ao ano; Implantar a Rede Municipal de Proteção a Mulheres e Crianças em Situação de Vulnerabilidade Social integrando 100% das unidades da rede pública municipal; Ampliar e qualificar a oferta da atenção do planejamento reprodutivo em 100% das unidades básicas de saúde e maternidades municipais; Implantar serviços articulados à Rede de Atenção Materna e Infantil para prestação de cuidados a mulheres em situação de abortamento inseguro nos cinco Distritos Sanitários; Aumentar em 10% a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal; Implementar o Plano de Ação Municipal da Rede de Atenção Materna e Infantil; Garantir o Registro Civil das crianças nascidas nas maternidades Quintas, Felipe Camarão e Professor Leide Moraes, em cumprimento à Lei nº 2.237/2007 (NATAL, 2014).

Dessa maneira, foi solicitada à Secretaria Estadual de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Norte, através do grupo de humanização e da equipe de saúde da mulher a relação das maternidades com o perfil referido anteriormente.

### 6.3 Identificando a amostragem teórica

Participaram da pesquisa os enfermeiros obstetras que atuavam no centro obstétrico das maternidades de referência do Estado do Rio Grande do Norte, constituindo o primeiro grupo amostral, sendo estes os profissionais vinculados ao fenômeno da investigação. O grupo amostral

foi composto por 16 enfermeiros obstetras. As entrevistas foram agendadas em locais de maior comodidade para os entrevistados. Foram selecionados a partir do histórico do hospital, quanto à sua inserção nas políticas públicas, bem como pelo histórico do enfermeiro em relação a prática obstétrica e/ou experiência na realização do parto. Foram então realizados os seguintes questionamentos: Como você desenvolve a prática do cuidado de enfermagem à mulher no parto? Quais os significados que você atribui a sua prática do cuidado à mulher no parto?

Dos enfermeiros entrevistados, suas atuações concentravam-se em hospitais vinculados à Universidade Federal do Rio Grande do Norte, à Secretaria de Saúde do Estado e Secretaria Municipal de Saúde de Natal e de Santa Cruz.

De acordo com o surgimento das hipóteses – Os gestores não investem na atuação do enfermeiro obstetra; e Os gestores têm dificuldades em romper práticas consolidadas pela equipe médica –, foi construído o segundo grupo amostral, composto pelos gestores de saúde, representados pelos Secretários de Saúde, diretores de hospital e ou diretores médicos e de enfermagem das maternidades. Este grupo amostral foi composto por oito gestores de saúde e/ou dirigentes dos hospitais e que estivessem nomeados para os cargos de gestão e direção de serviços de saúde. Foi então realizado o seguinte questionamento: Como você experiencia e significa o cuidado à mulher no parto realizado por enfermeiros na maternidade sob sua gestão?

Quanto ao terceiro grupo amostral, foi construído a partir do surgimento das hipóteses: Existem resistências dos profissionais médicos à atuação do enfermeiro no processo de parto; e a hegemonia médica e/ou o poder médico e a medicalização do parto dificultam as ações do enfermeiro no parto. Portanto, necessitando de um melhor esclarecimento de conceitos em relação às preocupações quanto à integração com o enfermeiro. Assim, o terceiro grupo amostral foi constituído por médicos que atuavam com os enfermeiros nas maternidades, pertencentes ao campo de investigação, mediante a formulação da seguinte pergunta norteadora: Como você experiencia e significa o cuidado à mulher no parto realizado por enfermeiros na maternidade onde você atua?

Foram, então, selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

Os enfermeiros que tinham experiência de no mínimo 2 anos no cuidado obstétrico;



Os diretores que estivessem legalmente nomeados como diretor geral, diretor assistencial, ou diretor de enfermagem;

Os gestores de saúde que estivessem legalmente nomeados como Secretário de Saúde do município ou estado e ou seus representantes legais.

O critério para determinar o encerramento da coleta foi através da saturação teórica, ou seja, em um determinado momento, durante a análise, em que não houvesse mais novas propriedades e dimensões provenientes dos dados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

#### 6.4 Caracterizando os participantes da pesquisa

Para garantir o anonimato dos participantes optamos por designar de E01 o enfermeiro da entrevista de número 1, na sequência das entrevistas, e assim sucessivamente; de G01 o gestor da entrevista de número 1, na sequência das entrevistas, e assim sucessivamente; e de M01 o primeiro médico obstetra entrevistado, na sequência das entrevistas, e assim sucessivamente.

Dos 16 enfermeiros entrevistados, 14 eram do sexo feminino, e dois, do sexo masculino, corroborando com o perfil da profissão da enfermagem, considerada ainda como feminina, apesar de haver um crescimento de profissionais do sexo masculino. Com relação à faixa etária, variou entre 24 e 70 anos de idade; suas experiências profissionais na assistência ao parto também variaram com um intervalo significativo, entre 2 e 35 anos de atuação. Esta realidade se deu também devido à participação dos residentes no final do curso, já que estavam nos critérios de inclusão e por terem realizado um número significativo de partos naturais com autonomia.

Quadro 2 – Primeiro grupo amostral de enfermeiros obstetras

ENTREVISTA	IDADE	SEXO	LOCAL DE ATUAÇÃO	IDENTIFICAÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO
01	24	F	HUAB	E01	2 anos
02	46	F	HUAB/ MFC	E02	16 anos
03	41	F	HUAB/MEJ C	E03	13 anos
04	44	F	MEJC	E04	11 anos
05	51	F	MEJC/HSC	E05	22 anos
06	40	F	MEJC	E06	13anos
07	70	F	MEJC/HUA B	E07	35 anos
08	28	F	MEJC/ Polícia	E08	3 anos
09	26	F	HUAB	E09	2 anos
10	61	M	HUAB	E10	22 anos

11	28	F	HUAB	E11	2 anos
12	55	F	HUAB	E12	20 anos
13	52	M	MFC	E13	19 anos
14	38	F	QUINTAS	E14	13 anos
15	26	F	HUAB	E15	03 anos
16	26	F	HUAB	E16	02 anos

Fonte: Elaborado pela pesquisadora principal

Quanto aos gestores de saúde e diretores de hospitais/maternidades, diretores médicos e de enfermagem das maternidades, quatro eram do sexo masculino e quatro do sexo feminino, com idade variando entre 38 e 60 anos de idade, e tempo de experiência na gestão das maternidades ou nas Secretarias de Saúde variando entre 1 ano e 12 anos. O referido grupo agregou pessoas mais experientes e com mais tempo de formação. Suas formações concentravam-se em medicina, enfermagem, contador e administração de empresa. Dos oito gestores/diretores, três também eram enfermeiros obstetras.

Quadro 3 – Segundo grupo amostral de gestores de saúde e diretores de hospital/maternidade

ENTREVISTA	IDADE	SEXO	IDENTIFICAÇÃO	TEMPO NA GESTÃO	VINCULAÇÃO	FORMAÇÃO
01	60	M	G01	2 anos	Secretário Municipal de Saúde de Natal	Médico Sanitarista
02	38	M	G02	1ano e 1 mês	Secretário Estadual de Saúde do RN	Médico Toco Ginecologista e Intensivista
03	60	M	G03	12 anos	Superintendente da MEJC	Médico toco ginecologista
04	58	F	G04	5 anos	Gerente de Enfermagem do Hospital Santa Catarina	Enfermeira Obstetra
05	49	M	G05	3anos	Gerente da V Regional de Saúde	Contadora
06	38	F	G06	1ano	Diretora de Enfermagem da Maternidade das Quintas	Enfermeira
07	39	F	G07	3 anos	Vice-Diretora de Enfermagem da Maternidade das Quintas	Enfermeira Obstetra
08	52	F	G08	7anos	Diretora Geral da Maternidade de Felipe Camarão	Administradora

Fonte: Elaborado pela pesquisadora principal

O terceiro grupo amostral caracterizou-se por ser a maioria do sexo masculino, num total de quatro médicos, e do sexo feminino três médicas; estavam na faixa etária entre 32 e 54 anos de idade, com tempo de atuação variando entre 5 e 26 anos de profissão. Todos com especialização em obstetrícia, sendo um deles com especialização também em medicina da família e comunidade.

Quadro 4 - Terceiro grupo amostral de médicos obstetras

ENTREVISTA	IDADE	SEXO	IDENTIFICAÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO	VINCULAÇÃO	FORMAÇÃO
01	44	M	M01	20 anos	HUAB (UFRN) Maternidade das Quintas (Município de Natal)	Médico toco ginecologista
02	54	M	M02	26	HUAB (UFRN) Hospital Maternidade São Gonçalo do Amarante	Médico toco ginecologista e Medicina Social e Preventiva
03	32	F	M03	05	SESAP (HOSPITAL SANTA CATARINA) e UFRN (HUAB)	Médico toco ginecologista
04	32	M	M04	05	Secretaria Municipal de Saúde (Maternidade Leide Morais e Maternidade das Quintas), SESAP (HOSPITAL SANTA CATARINA) UFRN (HUAB)	Médico toco ginecologista
05	47	M	M05	21	UFRN (HUAB e MEJC) Hospital Maternidade São Gonçalo do Amarante	Médico toco ginecologista
06	49	F	M06	20	UFRN (HUAB)	Médico toco ginecologista
07	47	F	M07	17	UFRN (HUAB)	Médico toco ginecologista

					SESA (Hospital Santa Catarina) Secretaria Municipal de Saúde de Natal Felipe Camarão	a
--	--	--	--	--	--	---

Fonte: Elaborado pela pesquisadora principal

## 6.5 Sinalizando a coleta e os aspectos éticos da pesquisa

Os dados foram coletados no período de fevereiro a outubro de 2014, apoiado em perguntas norteadoras após se ter recebido autorização da instituição (ANEXO A, B e C) e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas, segundo o Parecer de nº 507.327 (ANEXO D). A coleta de dados foi realizada após contato prévio com os enfermeiros, gestores de saúde/diretores de maternidades e médicos obstetras, momento no qual foram apresentadas todas as informações acerca do estudo e seus objetivos, bem como quanto à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b), que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Após essa explicação, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

Utilizou-se gravador digital com o objetivo de captar na íntegra as falas dos participantes, que foram gravadas em formato mp3 e armazenadas em computador. As entrevistas foram transcritas pela própria pesquisadora em Microsoft Word, bem como foi utilizada caderneta de campo para as observações necessárias durante a coleta dos dados.

A decisão de cessar as entrevistas foi realizada por meio da saturação teórica, ou seja, a partir do momento que as categorias estavam saturadas, não apresentando mais categorias desenvolvidas em termos de dimensões.

Após as transcrições realizou-se uma amostragem e alguns entrevistados validaram as suas entrevistas, ratificando a veracidade das mesmas. Estas encontram-se arquivadas, tendo a pesquisadora a responsabilidade na confiabilidade do armazenamento.

## 6.6 Apresentando os instrumentos da pesquisa

Foi realizada entrevista individual, sendo utilizado um roteiro de entrevista aberto (APÊNDICES D, E, F e G). Este tipo de instrumento proporciona levantamento de questões que favorecem níveis mais abrangentes e profundos sobre o fenômeno (MINAYO, 2010). Os pesquisadores que utilizam a Teoria Fundamentada nos Dados devem começar a coletar os dados por meio de uma pergunta ampla que delimite o objeto em estudo e, refinando-os, conforme os mesmos forem sendo coletados e analisados (STRAUSS; CORBIN, 2009).

## 6.7 Descrevendo a análise dos dados

Strauss e Corbin (2008) discorrem que a análise denota um direcionamento livre e criativo com movimentos do pesquisador para frente e para trás, com a utilização de técnicas analíticas e em resposta à tarefa analítica que se apresenta.

As codificações foram elaboradas de forma sequencial, seguindo os seguintes passos: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva.

A **codificação aberta** proporcionou a identificação dos fenômenos presentes no campo de coleta. Esta fase envolveu exame detalhado de dados, frase por frase, palavra por palavra. Foram utilizados vários códigos, tantos quantos necessários, para caracterizar melhor os dados. Como consequência houve o aparecimento das categorias, sendo então, iniciada categorização. Os Quadros 5 e 6 demonstram a codificação aberta, por meio dos depoimentos, do surgimento dos códigos preliminares e dos componentes, que são os conceitos que se apresentam nesta fase.

Quadro 5 – Demonstrativo da codificação aberta

Depoimento	Códigos preliminares
<i>1. Eu <b>partejo</b> a paciente, <b>faço partograma</b>, <b>partejo</b>, <b>acompanho</b>, <b>faço parto</b>, <b>sou da docência</b>, <b>também</b>, <b>tanto da residência multi</b>, <b>como da residência médica</b>, <b>eu fico com os doutorandos de medicina</b>, <b>acompanho...</b> <b>Então</b>, <b>aqui na maternidade</b>, <b>realmente eu atuo plenamente</b>, <b>tenho autonomia</b>, <b>não tenho problema nenhum com a equipe (E04)</b>.</i>	1.1Desenvolvendo o processo de trabalho do enfermeiro no parto. 1.2 Acompanhando os alunos da residência e da graduação na realização do parto. 1.3Tendo autonomia na atuação da realização do parto. 1.4 Percebendo boa interação com a equipe.

<p>2. E o enfermeiro desde a academia ele trabalha e vem com eles a <b>troca de saberes</b>. A gente tira principalmente na obstetrícia o <b>saber do indígena, o saber do afro - descendente</b>, vê o saber teórico científico, os estudos, artigos científicos, vê cochraine, vê <b>tudo</b>. E disso você adquire um conhecimento que dê para você trabalhar àquele setor específico no momento do parto, com as <b>várias culturas</b>, com as <b>várias mulheres</b> que aparecem (E05).</p>	<p>2.1 Respeitando a cultura. 2.2 Considerando o conhecimento prévio da parturiente sobre o parto. 2.3 Desenvolvendo a assistência de acordo com as necessidades da parturiente.</p>
<p><i>Infelizmente isso não é com todos os profissionais. A gente tomou conhecimento que em outras unidades o parto realizado pelos enfermeiros é bem aceito por alguns médicos. Entendeu? Aí assim, na nossa realidade, infelizmente a gente já tinha essa realidade (falta de autonomia) antes. E depois do curso parece que aumentou um pouco mais. É como se a gente tivesse concorrendo e não colaborando com serviço. Então isso é para nós, frustrante (G07).</i></p>	<p>15.1 Reconhecimento do parto realizado pelo enfermeiro em algumas realidades. 15.2 Sentindo falta de autonomia do enfermeiro obstetra na realidade. 15.3 Percebendo que os médicos sentem-se ameaçados 15.4 Sentindo frustração na atuação</p>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora principal

#### Quadro 6 - Demonstrativo da codificação aberta

Códigos preliminares/ Agrupamento	Componente
<p>1.1 Desenvolvendo o processo de trabalho do enfermeiro no parto 1.2 Acompanhando os alunos da residência e da graduação na realização do parto 1.3Tendo autonomia na atuação da realização do parto 1.4 Percebendo boa interação com a equipe</p>	<p>Desenvolvendo a autonomia na atuação Interagindo com a equipe</p>
<p>2.1 Respeitando a cultura. 2.2 Considerando o conhecimento prévio da parturiente sobre o parto 2.3 Desenvolvendo a assistência de acordo com as necessidades da parturiente</p>	<p>Considerando os aspectos culturais e deixando a mulher à vontade</p>
<p>15.1 Reconhecimento do parto realizado pelo enfermeiro em algumas realidades. 15.2 Sentindo falta de autonomia do enfermeiro obstetra na realidade. 15.3 Percebendo que os médicos sentem-se ameaçados 15.4 Sentindo frustração na atuação</p>	<p>Identificando a dicotomia da autonomia do enfermeiro nos cenários de prática.  Percebendo a hegemonia médica e sentindo frustração</p>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora principal

Posteriormente, estes vários códigos foram agrupados por afinidade e, mais uma vez, os fenômenos que se apresentaram na codificação aberta, em fase posterior, na **codificação axial** foram agrupados em categorias, através de uma organização mais detalhada, fazendo surgir categorias mais gerais que perpassavam todas as entrevistas. A meta foi desenvolver sistematicamente as categorias e relacioná-las entre si. Os principais questionamentos que surgiram nesta fase possibilitaram o retorno à coleta de dados para poder refinar melhor

as inquietações apresentadas durante a fase de codificação. Ver demonstrativo dos Quadros 7 e 8 a seguir, que exemplificam o processo de análise.

Quadro 7 – Demonstrativo da codificação axial para a identificação das subcategorias

Componente	SUBCATEGORIAS
Desenvolvendo a autonomia na atuação Interagindo com a equipe	RECONHECENDO A AUTONOMIA COMO UM ELEMENTO IMPORTANTE
Considerando os aspectos culturais e deixando à mulher à vontade	CONSTRUINDO VÍNCULO DE CONFIANÇA
Identificando a dicotomia da autonomia do enfermeiro nos cenários de prática. Percebendo a hegemonia médica e sentindo frustração	VIVENCIANDO A DICOTOMIA NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora principal

Quadro 8 – Demonstrativo da codificação axial para a identificação das categorias

SUBCATEGORIAS	CATEGORIA
RECONHECENDO A AUTONOMIA COMO UM ELEMENTO IMPORTANTE CONSTRUINDO VÍNCULO DE CONFIANÇA	REVELANDO A PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO
VIVENCIANDO A DICOTOMIA NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA.	VIVENCIANDO OS CENÁRIOS DE PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE: DOS LIMITES HISTÓRICOS A EVENTOS CONTEMPORÂNEOS.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora principal

As relações entre as categorias definiram melhor a categoria central que representou o fenômeno identificado no objeto de estudo, através da codificação seletiva. Este passo mostra a relação da categoria central com as secundárias, e todas, ao mesmo tempo, apresentam um entrelaçamento que define o conceito acerca do fenômeno produzido. Dessa forma, é o processo de integração e de refinamento da teoria. Na integração, as categorias foram organizadas em torno de um conceito exploratório central, de acordo com Quadro 9.

Quadro 9 – Síntese do processo de construção das categorias

COMPONENTES	SUBCATEGORIAS	CATEGORIA
Resgatando o parto natural, sem intervenção através do trabalho das parteiras. Melhorando o modelo de assistência das parteiras para a enfermagem obstétrica. Inserindo novas práticas obstétricas na enfermagem	RESGATANDO A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA	

<p>obstétrica Reconhecendo a importância do trabalho das parteiras na consolidação da enfermagem obstétrica Sendo o enfermeiro importante na condução do parto como as parteiras foram. Confiando no trabalho desenvolvido pelas parteiras</p>	<p>DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE</p>	
<p>Identificando a prática da parteira (Técnicas de enfermagem) em hospitais ajudando a equipe de saúde Transferindo o trabalho das parteiras para os enfermeiros obstetras Reconhecendo a experiência prática das parteiras</p>	<p>RECONHECENDO O TRABALHO DA PARTEIRA NOS HOSPITAIS COMO FUNDAMENTAL NA PRÁTICA OBSTÉTRICA.</p>	<p>VIVENCIANDO OS CENÁRIOS DE PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE: DOS LIMITES HISTÓRICOS A EVENTOS CONTEMPORÂNEOS.</p>
<p>Vivenciando realidades diferentes na formação e a prática do enfermeiro no parto Percebendo a interferência da cultura separatista em relação à prática do médico e enfermeiro em alguns hospitais. Identificando a importância da gestão no incentivo a prática do enfermeiro Construindo a integração com os médicos, dependendo da realidade onde o enfermeiro atua. Reconhecendo a valorização e autonomia do enfermeiro segundo o local de atuação Proporcionando tranquilidade na prática em determinadas maternidades</p>	<p>VIVENCIANDO A DICOTOMIA NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA</p>	

Fonte: Elaborado pela pesquisadora principal



O **modelo condicional/consequencial** é um mecanismo analítico para ajudar o pesquisador a acompanhar a interação de condições/consequências e ações/interações subsequentes e a traçar linhas de conectividade.

Os **memorandos** são ferramentas importantes na TFD, construídos em todo o processo, caracterizados como registros escritos de análise que podem variar em tipo e formato. Contêm os produtos de codificação, dão direção à amostragem teórica e permitem ao pesquisador organizar as ideias. O Quadro 10 demonstra exemplos dos memorandos elaborados e as notas neles contidas.

Também foram elaborados os **diagramas** que caracterizam-se por representar graficamente a relação entre os conceitos, proporcionando ao pesquisador um registro do processo analítico (STRAUSS; CORBIN, 2008). A Figura 1 demonstra exemplos de diagramas elaborados durante a fase de análise dos dados.

Quadro 10 – Demonstrativo da construção dos memorandos

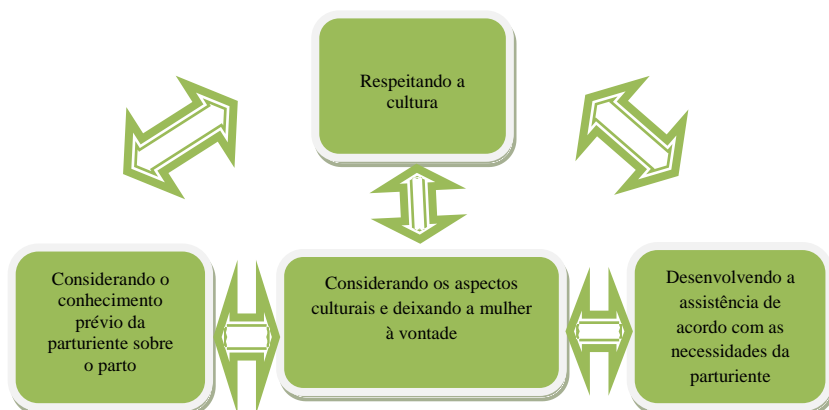
IDENTIFICAÇÃO DO MEMORANDO	NOTAS
<p>Nº 9  <b>DATA: 28 de fevereiro de 2013</b>  <b>Dificuldades do enfermeiro na sua atuação</b></p>	<p>No desenvolvimento do trabalho do enfermeiro há uma dificuldade no que diz respeito a sua autonomia. Esse achado se dá por quais motivos? O que tem levado o enfermeiro a reconhecer que em determinados lugares não consegue atuar em sua especialidade? Vários fatores contribuem para a autonomia/dependência do referido profissional. Como o enfermeiro visualiza as causas em relação a essa falta de autonomia?  Existem muitos <b>gargalos que dificultam a atuação do enfermeiro obstetra</b>, como a hegemonia médica, presença de produtividade para os médicos, falta de apoio das instituições de saúde para a atuação do enfermeiro, falta de apoio dos gestores locais e falta de enfermeiros capacitados que queiram atuar na área. Parece que a formação do enfermeiro também tem contribuído consideravelmente para esta realidade.  O enfermeiro quer mudar a realidade ou está vivenciando uma zona de conforto?  No campo de pesquisa parece que os enfermeiros sentem medo durante a sua atuação. Que medo é esse?  Como podemos entender essa dificuldade presente na atuação do enfermeiro no contexto do Estado do Rio Grande do Norte?  Esta dificuldade é localizada?  O enfermeiro é autônomo dependendo também do lugar de atuação. A gestão do cuidado e a gestão de hospitais e gestores de saúde contribuem para a atuação favorável do enfermeiro.  Os dados apontam para causas multifatoriais sobre a autonomia do enfermeiro obstetra. Como se dá a relação da autonomia/dependência na concepção do</p>

	pensamento complexo, já que o fenômeno é complexo?
<p><b>N °13</b>  <b>Data: 09 de abril de 2013</b>  <b>O Médico e Gestores X Atuação do enfermeiro</b></p>	<p>O depoimento dos enfermeiros aponta que os gestores de saúde, parece não disponibilizar investimentos em relação a atuação do enfermeiro, surgindo assim as hipóteses: Os gestores não investem na atuação do enfermeiro obstetra e os gestores têm dificuldades em romper práticas consolidadas pela equipe médica. Nesse sentido, é necessária a construção do grupo amostral dos gestores de saúde e diretores de hospitais. Como os gestores experienciam ou vivenciam a assistência ao parto realizado por enfermeiros na maternidade sob sua gestão? O que os gestores visualizam de resultados e qual a sua perspectiva em relação a esse tipo de assistência prestada pelo enfermeiro? Que estratégias seriam importantes para a gestão, que pudesse facilitar a inserção da enfermagem na realização do parto? O investimento dos gestores e diretores de maternidades é pontual e faz o diferencial quando acontece. No depoimento dos enfermeiros, o médico é citado como um profissional que interage diretamente com eles no cuidado a parturiente. Porém, apesar dessa necessidade de interação, nem sempre tem ocorrido de forma tranquila. Sendo assim, se faz necessário a construção do grupo amostral dos médicos obstetras no sentido de compreensão melhor desse incidente. Como os médicos experienciam a assistência ao parto realizada por enfermeiros? Como os médicos interagem com o enfermeiro obstetra no processo de parto? Que sugestões são necessárias para melhorar a assistência ao parto realizada por enfermeiros obstetras na maternidade onde você atua? A forma dos referidos profissionais assistir a parturiente parece ser diferente, sendo o enfermeiro mais preocupado com a humanização do parto e o profissional médico, sendo mais intervencionista. Assim, estes perfis, às vezes, tem causado um incômodo na relação. Outra discussão proveniente dos dados é a própria formação do médico e a sua posição hierárquica no processo de trabalho em saúde. Existem resistências dos profissionais médicos à atuação do enfermeiro no processo de parto e a hegemonia médica e/ou o poder médico e a medicalização do parto dificultam as ações do enfermeiro no parto? O que se tem construído para melhorar esta relação médico X enfermeiro? Há nesse contexto disputa de espaço? Como se dá a relação médico x enfermeiro?</p>
<p><b>N° 3</b>  <b>DATA: 15 de abril de 2013</b>  O trabalho que o enfermeiro desenvolve no acolhimento.  Orientações fornecidas à mulher e familiares no trabalho de parto durante o acolhimento.</p>	<p>Este profissional de saúde parece apresentar características assistenciais que colaboram para o desenvolvimento do acolhimento. O enfermeiro obstetra é mais sensível para acolher a parturiente e familiares? Sua formação colabora com esse tipo de assistência?  As parturientes sentem-se satisfeitas com o acolhimento desenvolvido pelo enfermeiro?  Os vínculos nos processos assistenciais parecem que</p>

	<p>são construídos a partir do acolhimento realizado pelo enfermeiro em sua atuação.</p> <p>O enfermeiro proporciona o acolhimento, tanto da parturiente, como do seu acompanhante, numa relação de interação e confiança, objetivando tornar o momento do trabalho de parto e parto tranquilo, além de ser gratificante para a mulher e acompanhantes. É o momento também de realizar todas as explicações necessárias sobre os procedimentos que serão realizados e sobre as principais dúvidas da mulher e acompanhante.</p> <p>Nesse contexto, são pactuados e explicados as parturientes e familiares os ritos no acompanhamento do trabalho de parto e parto, bem como os direitos que as mulheres têm nesta fase. São oferecidos ainda os recursos existentes na instituição para tornar o momento satisfatório, natural e humanizado.</p>
--	---

Fonte: Elaborado pela pesquisadora principal

Figura 1 – Demonstrativo de modelo de diagrama – processo de codificação



Fonte: Elaborada pela pesquisadora principal

Espera-se, assim, que a descrição processual das práticas em saúde possa produzir uma elaboração teórica, pois, de acordo com Strauss e Corbin (2008), a Teoria Fundamentada nos Dados é utilizada quando o propósito de investigação é a elaboração de novos entendimentos e/ou expressões de um fenômeno. Dessa forma, os autores classificam-na como método de construção teórica, embasada nos próprios dados. Segundo Charmaz (2009) os métodos fundamentam-se em diretrizes sistemáticas, mesmo que flexíveis,

objetivando coletar e analisar os dados, promovendo a construção da teoria.

## 6.8 Validando o modelo teórico paradigmático

O modelo teórico paradigmático foi analisado e validado por um grupo de especialistas da assistência à mulher no parto, pertencentes ao Departamento de Enfermagem da UFRN, e por doutores do grupo de pesquisa GEPADES/PEN/UFSC que trabalhavam com a Teoria Fundamentada nos Dados. O objetivo da validação é promover a assertividade quanto à clareza do modelo, bem como suas etapas na construção do mesmo.

A validação do modelo teórico paradigmático foi construída por várias etapas assim descritas:

- Os participantes selecionados para validar o modelo teórico paradigmático deveriam ter experiência na saúde da mulher e/ou experiência com o método da TFD;
- Os participantes foram inicialmente contatados pela pesquisadora, pessoalmente ou por *e-mail*, sendo estes orientados quanto aos objetivos e importância da validação do modelo teórico paradigmático;
- Posteriormente foram enviados para o *e-mail* dos participantes o modelo teórico paradigmático, bem como a descrição sucinta deste, com a orientação sobre prazos de recebimento das contribuições;
- Cada integrante analisou e fez as sugestões de melhorias em reunião presencial (maioria) e por *e-mail* e telefone (minorias);
- Após a análise do grupo foram acrescentadas algumas informações ao modelo teórico paradigmático, como: a elaboração de um quadro explicativo da construção das categorias, a mudança de alguns termos para que as categorias fossem mais bem apresentadas e representativas, a explicação mais detalhada das relações, a definição clara da categoria central e, finalmente, houve a necessidade de expressar na figura representativa do modelo a integralidade, bem como a representação gráfica do enfermeiro obstetra.

## 7 APRESENTANDO OS RESULTADOS

### 7.1 Desvelando o fenômeno

A construção da categoria central foi realizada a partir da TFD, iniciando-se através da análise dos dados brutos, que foram sendo lapidados e transformados em códigos que geraram as subcategorias, que agrupadas, formaram as categorias. Primeiramente, as categorias foram identificadas e, em uma fase posterior, na discussão, foram apresentadas, conforme explicado no Quadro 11. Estas, então, foram integradas e correlacionadas até a construção do paradigma. Assim, as relações e integrações foram surgindo por meio dos componentes do paradigma: CONDIÇÕES CONTEXTUAIS, CONDIÇÕES CAUSAIS, CONDIÇÕES INTERVENIENTES, AÇÃO/INTERAÇÃO ESTRATÉGICAS e CONSEQUÊNCIAS. Nesse sentido, é premente identificar o entrelaçamento complexo das condições.

Quadro 11 – Componentes do modelo teórico paradigmático e as cinco categorias correspondentes que o caracterizam

COMPONENTES DO PARADIGMA	CATEGORIAS
CONTEXTO (Onde a categoria está situada)	VIVENCIANDO OS CENÁRIOS DE PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE: DOS LIMITES HISTÓRICOS A EVENTOS CONTEMPORÂNEOS
CONDIÇÃO CAUSAL (Fatos ou acontecimentos que influenciam o fenômeno)	EMERGINDO CONDIÇÕES QUE FAVORECEM A CONSOLIDAÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA: PERSPECTIVAS E DESAFIOS
CONDIÇÃO INTERVENIENTE (Alteram o impacto das condições causais)	VIVENCIANDO AS DESORDENS NA PRÁTICA DO CUIDADO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO PARTO: O OLHAR COMPLEXO AO FENÔMENO
AÇÕES/INTERAÇÕES ESTRATÉGICAS (Resolver o problema, moldar os fenômenos)	CONSTRUINDO ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA DO RIO GRANDE DO NORTE, NA PERSPECTIVA DOS SISTEMAS COMPLEXOS ADAPTATIVOS
CONSEQUÊNCIAS (Explicação de como altera o fenômeno)	REVELANDO CONTRADIÇÕES E POSSIBILIDADES NA PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO OBSTETRA

Fonte: Elaborado pela pesquisadora principal

Demonstraremos a seguir a construção das categorias gerais, bem como o processo de integração, na perspectiva de formação do modelo teórico paradigmático. As cinco categorias construídas são escritas em letras maiúsculas e em negrito; as subcategorias estão em letras maiúsculas e sem negrito, e os componentes, em letras minúsculas e em negrito.

### 7.1.1 Categoria 1 – Vivenciando os cenários de prática do enfermeiro obstetra no estado do Rio Grande do Norte: dos limites históricos a eventos

A primeira categoria foi construída de acordo com a análise dos dados e as ferramentas de análise da TFD e retrata o contexto do fenômeno.

Quadro 12 – Construção das subcategorias a partir dos elementos (dados) – categoria 1

Declaração dos entrevistados	Codificação
[...] mas na verdade é um modelo antigo que está sendo resgatado, então fica este paradoxo, porque a gente quer seguir, voltar àquele modelo de parteira, daquele atendimento em domicílio, daquele parto natural, sem muita intervenção, então é um novo modelo, mas na verdade é uma cópia melhorada do modelo antigo, tão natural, tão humano, que com o tempo foi sendo perdido [...] então este paradoxo traz pra gente uma reflexão desse modelo antigo, mas com uma visão nova, de estar inserindo novas práticas não farmacológicas que no tempo, nem se falava nesse nome. Então vai ganhando uma nova roupagem e o novo que a gente chama é o antigo [...] (E15).	<b>Resgatando o parto natural, sem intervenção, através do trabalho das parteiras.</b> Seguindo o trabalho das parteiras; Resgatando o modelo antigo do cuidado realizado pela parteira; Reconhecendo a importância do parto no domicílio; Percebendo o paradoxo (Modelo de parto natural X Modelo de parto intervencionista); Melhorando o modelo de assistência das parteiras para a enfermagem obstétrica e Inserindo novas práticas na enfermagem obstétrica.
Eu acho que ao longo da história grandes pessoas, grandes marcos de parteiras, todas vieram construindo essa história da obstetrícia e eu vejo que a gente é um instrumento. A gente sabe que o parto é natural e ele acontece com ou sem a gente na maioria das vezes, mas eu me vejo como um fator muito importante nesse momento, não só como eu falei, não só da parte técnica em si, mas dessa condução pra que a gente possa esclarecer esse parto, esse momento diante das dificuldades e dos anseios da paciente (E11). Se a gente se reportar a um tempo atrás havia uma parteira nos hospitais inclusive privados que elas ligavam para gente da obstetrícia e diziam quanto é que estava o toque e dizia como estava a dilatação, estabelecia um prognóstico: Doutor, essa daqui acho que não está boa, a bacia não é boa, o menino é grande (M01).	<b>Identificando a organização das práticas obstétricas realizadas pelas parteiras.</b> Construindo a história da assistência obstétrica; Reconhecendo a importância do trabalho das parteiras na consolidação da enfermagem obstétrica; Resgatando o parto natural;  Presença das parteiras nos hospitais; Reconhecendo a atuação das parteiras na avaliação obstétrica; Confiando no trabalho desenvolvido pelas parteiras; Parteiras estabelecendo prognóstico.

<p>[...] interagem muito mais com o enfermeiro obstetra e com as técnicas de enfermagem, que antigamente eram parteiras e elas que faziam os partos, inclusive, elas eu acho que até hoje elas sentem um certo constrangimento de ver que tantos partos que elas fizeram, de todo jeito, de alto risco, de baixo risco de tudo no mundo, mas que hoje foram lhe tirado este direito de fazer essa função, mas assim a gente interage com elas e sempre é uma relação muito boa (M02).</p> <p>[...] antigamente existiam as parteiras [...] Existia uma relação de confiança. Isso foi conquistado, e confiamos bem nessas parteiras, nem eram enfermeiras obstetrias, muitas das vezes eram de formação limitada, eram técnicas de enfermagem que tinham uma experiência e uma vivência na assistência ao parto (M01).</p>	<p><b>Identificando a prática da parteira (Técnicas de enfermagem) em hospitais, ajudando a equipe de saúde.</b></p> <p>As parteiras fazendo os partos no passado;</p> <p>As parteiras deixaram de fazer os partos em detrimento da legislação profissional e da atuação do enfermeiro;</p> <p>Transferindo o trabalho das parteiras para os enfermeiros obstetras;</p> <p>Confiando nas parteiras;</p> <p>Reconhecendo a experiência prática das parteiras de formação limitada;</p> <p>Técnicas de enfermagem com experiência em parto.</p>
<p>Infelizmente isso não é com todos os profissionais. A gente tomou conhecimento que em outras unidades o parto realizado pelos enfermeiros é bem aceito por alguns médicos. Entendeu? Aí assim, na nossa realidade, infelizmente a gente já tinha essa realidade (falta de autonomia) antes. E depois do curso parece que aumentou um pouco mais. É como se a gente tivesse concorrendo e não colaborando com serviço. Então isso é para nós, frustrante (G07).</p> <p>Na hora que o médico...acontece às vezes do médico ter dois partos ao mesmo momento, ele está com um, e ele (enfermeiro) está com outro, mas nem todo profissional médico admite, não gosta, reclama, entendeu. Mas assim, eu como gestora eu apoio o enfermeiro em relação a isso (G08).</p> <p>Assim, porque aqui na maternidade, eu atuo mesmo, na sala de parto como enfermeira obstétrica e no outro serviço que eu trabalhava, eu era mais limitada. Eu trabalhava, mas eu dependia do plantão, porque tinha uns médicos que aceitavam numa boa, e que já conheciam o trabalho, e outros não. E tinha outros, que conheciam o trabalho, e se sentiam incomodados, aí botavam areia mesmo, para não fazer nada. E quando realmente precisavam, eles falavam “Ei, vá ali, fazer aquele parto”! (E 04).</p> <p>Bom, nas realidades onde eu atuo, eu só vejo uma participação efetiva do enfermeiro obstetra no hospital Ana Bezerra, no Hospital Universitário Ana Bezerra em Santa Cruz (M02).</p>	<p><b>Vivenciando realidades diferentes na prática do enfermeiro no parto.</b></p> <p>Percebendo dificuldade de atuação da prática do enfermeiro em algumas realidades;</p> <p>Vivenciando a falta de autonomia do enfermeiro obstetra em algumas realidades;</p> <p>Vivenciando a disputa de espaço no exercício da profissão de enfermagem obstétrica;</p> <p>Sentindo resistência do médico no trabalho da enfermeira obstetra;</p> <p>Não admitindo o parto realizado pelo enfermeiro;</p> <p>Admitindo o parto realizado por enfermeiro quando é conveniente para o médico;</p> <p>Atuando com autonomia em um serviço e no outro não;</p> <p>Dependendo do profissional médico a atuação do enfermeiro no parto;</p> <p>O enfermeiro atua plenamente em realidades pontuais no Estado do RN.</p>

<p>Eu penso que é uma questão de cultura mesmo. Eu acho que a partir do próprio instante que você vai quebrando esse paradigma mesmo que seria separado médico obstetra da enfermagem obstétrica a gente acaba conseguindo trabalhar bem. Eu acho que se a gente conseguisse de alguma forma diminuir essa resistência, tirar essa parte cultural mesmo de que seriam blocos separados, atendimentos separados, coisas diferentes eu acho que a gente conseguiria trabalhar de forma mais homogenia realmente nos outros lugares (M03).</p> <p>Eu acho que nas outras unidades existe uma polarização muito maior. Foram tentando alguns esboços e essas experiências foram frustrantes, por conta da dicotomização de tarefas. Não existe isso. É uma condução de um processo único. Em havendo alguma dúvida, alguma dificuldade o obstetra tá ali, sem dizer até aqui sou eu, até aqui é você. Na condução do processo as enfermeiras obstetriz ajudam muito, mas nas outras unidades há uma polarização muito grande [...] (M01).</p>	<p><b>Percebendo a interferência da cultura separatista em relação à prática do médico e enfermeiro em alguns hospitais.</b></p> <p>Necessitando desmistificar a separação da assistência prestada pelo enfermeiro e assistência prestada pelo médico;</p> <p>Trabalhando em parceria médico e enfermeiro;</p> <p>Identificando a resistência do trabalho médico X enfermeiro em algumas realidades;</p> <p>Identificando a necessidade do trabalho médico X enfermeiro em algumas realidades;</p> <p>Trabalhando juntos na assistência ao parto, respeitando o processo de trabalho.</p>
<p>Eu vejo assim: tranquilidade porque não sei se é porque eu trabalho aqui e em (maternidade de) Felipe Camarão também, mas aqui principalmente, porque eu vejo que o pessoal, os médicos, a equipe multiprofissional, os doutorandos, todos que a gente trabalha, todo mundo é tipo uma família. Então, todo mundo se integra... (E02).</p> <p>E eu me deparo com a residência em um hospital de porte pequeno, acolhedor onde eu entro e eu consigo construir uma relação com os médicos de respeito, de confiança onde você é ouvida na verdade, sua informação ela tem valor, sua opinião tem valor e confiança. À medida que sua opinião vai sendo ouvida, você vai agregando valor e agregando confiança também a isso. Então quando você se depara você também é um membro da equipe obstétrica, com médicos obstetras, parteiras, você lá é inserido como enfermeiro, dando opinião, sinalizando alguns sinais de perigo que acontecem no processo de trabalho de parto e atuando, atuando, nunca distante então eu me deparo com essa realidade que marcou muito, essa questão do diálogo entre a equipe e o enfermeiro inserido dentro da equipe atuando (E11).</p> <p>[...] mas o que eu tenho observado é que as enfermeiras têm procurado quebrar esse bloqueio e assim...as que procuram fazer um trabalho de parceria, sem querer assim...se auto afirmar logo nos primeiros dias de trabalho, procuram fazer um trabalho de equipe, elas se dão muito bem e acabam conquistando um espaço muito importante dentro da obstetrícia. É isso que eu tenho observado (M05).</p> <p>Eu enxergo como um bom parceiro, uma pessoa que vai além de dar um suporte psicológico. Ele tem capacidade de exercer o parto junto com o médico e sem trazer transtornos. É a minha visão</p>	<p><b>Construindo a integração com os médicos e profissionais de saúde, dependendo da realidade onde o enfermeiro atua.</b></p> <p>Vivenciando a integração com os profissionais;</p> <p>Construindo relações na atuação da enfermagem obstétrica, dependendo do local;</p> <p>Construindo confiança no desenvolvimento do trabalho do enfermeiro obstetra;</p> <p>Construindo o diálogo na relação com os profissionais;</p> <p>Identificando a valorização da atuação do enfermeiro;</p> <p>Sendo reconhecida como membro importante da equipe;</p> <p>Identificando distocias e tendo autonomia para atuar;</p> <p>O enfermeiro tendo habilidade para construir as relações na assistência ao parto em algumas realidades;</p> <p>Conquistando espaços durante a integração com os médicos;</p> <p>Construindo abertura com os profissionais médicos;</p> <p>Vivenciando espaço de atuação do enfermeiro obstetra;</p> <p>Percebendo o reconhecimento do enfermeiro obstetra pela equipe médica;</p>



<p>em relação ao enfermeiro do hospital que eu trabalho (M06).</p>	
<p>Então, aqui na maternidade, realmente eu atuo plenamente, tenho autonomia, não tenho problema nenhum com a equipe, e no outro serviço que eu trabalhava, eu era mais limitada (E04).</p> <p>E hoje, eu estou aqui na Januário Cicco, a gente tem bem mais abertura, do que no (hospital) Santa Catarina (E05).</p> <p>Eu sou profissional daqui há mais de 15 anos, mas é comentado em todo canto e nos vários cantos que eu já passei, em mais de 6 hospitais, em diferentes maternidades e em locais diferentes, não existe um espaço maior para o enfermeiro obstetra que aqui no Ana Bezerra. Ele é reconhecido em todo o canto. Então essa prática daqui que tem sido divulgada em todo o canto e comentada por quem já passou por aqui é uma coisa importante para se vê como é que o enfermeiro atua (M02).</p>	<p><b>Reconhecendo a valorização e autonomia do enfermeiro, segundo o local de atuação.</b></p> <p>Sendo reconhecida a atuação do enfermeiro no hospital de ensino como diferente na atenção ao parto; Atuando com tranquilidade em algumas realidades; Tendo confiança no enfermeiro obstetra;</p>
<p>[...] hoje graças a Deus eu tive a oportunidade de estar numa maternidade onde eu consigo realizar este cuidado com essa tranquilidade que eu mencionei. Então não existe nenhum tipo de dificuldade (E03).</p> <p>Então se a paciente que está dentro do pré-parto, já triada como baixo risco, tem um acompanhamento de perto pelo profissional capacitado, pelo enfermeiro obstetra, principalmente a questão da vitalidade fetal e o acompanhamento dentro do processo de dilatação e do trabalho de parto de uma maneira em geral eu me tranqüilizo e posso desenvolver outras atividades com mais tranqüilidade (M04).</p> <p>Bom, nas realidades onde eu atuo, eu só vejo uma participação efetiva do enfermeiro obstetra no hospital Ana Bezerra, no Hospital Universitário Ana Bezerra em Santa Cruz (M02).</p> <p>Quando ele é realizado pelo profissional enfermeiro treinado a condução é muito mais tranqüila e o resultado final tanto para o produto conceptual, para o conceito é muito bom e a satisfação da mãe por ter participado, por ter vivido aquele momento, entendendo cada parte é muito bom (G02).</p>	<p><b>Proporcionando tranquilidade na prática em determinadas maternidades.</b></p> <p>Demonstrando confiança no trabalho do enfermeiro; Valorizando o acompanhamento do enfermeiro no trabalho de parto; Visualizando o trabalho efetivo do enfermeiro;</p> <p>Identificando tranquilidade quando o processo de parto é acompanhado pelo enfermeiro.</p>
<p>[...] primeiro partindo da gestão. Eu acho que se a gestão está sensibilizada para esta prática que ressurge com a enfermagem obstétrica e a outra parte é que existam mais cursos de aprimoramento. O resgate dos enfermeiros obstetras para o trabalho dentro da assistência obstétrica que talvez, temos o suficiente. Então assim, eu acredito que se a gestão de saúde como secretaria de saúde, gestão de hospital tiver essa sensibilização e tiver esse aprimoramento da enfermagem obstétrica a gente teria uma melhor condição para fazer uma assistência obstétrica com boas práticas (G04).</p>	<p><b>Identificando a importância da gestão no incentivo a prática do enfermeiro</b></p> <p>Identificando a importância de uma gestão sensível ao trabalho do enfermeiro na condução do parto;</p> <p>Favorecimento de cursos de especialização, através da gestão;</p> <p>Necessitando investimentos da gestão de saúde e gestão das maternidades para a atuação do enfermeiro no cuidado no parto.</p>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora principal

PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA CATEGORIA – A categoria 1 foi construída a partir do Quadro 12, ou seja, da construção dos elementos (dados diversos da entrevista) e conseqüentemente da codificação aberta. O resultado desse processo está contido no Quadro 13 a seguir:

Quadro 13 – Vivenciando os cenários de prática do enfermeiro obstetra no Estado do Rio Grande do Norte: dos limites históricos a eventos contemporâneos

COMPONENTES	SUBCATEGORIAS	CATEGORIA
Resgatando o parto natural, sem intervenção através do trabalho das parteiras. Identificando a organização das práticas obstétricas realizadas pelas parteiras	RESGATANDO A CONSTRUÇÃO DA HISTÓRICA DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE	VIVENCIANDO OS CENÁRIOS DE PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO ESTADO DO RN: DOS LIMITES HISTÓRICOS A EVENTOS CONTEMPORÂNEOS
Identificando a prática da parteira (Técnicas de enfermagem) em hospitais ajudando a equipe de saúde	RECONHECENDO O TRABALHO DA PARTEIRA NOS HOSPITAIS COMO FUNDAMENTAL NA PRÁTICA OBSTÉTRICA	
Vivenciando realidades diferentes na formação e na prática do enfermeiro no parto. Percebendo a interferência da cultura separatista em relação à prática do médico e enfermeiro em alguns hospitais, Construindo a Integração com a equipe multiprofissional e médica, dependendo da realidade de atuação, Reconhecendo a valorização e autonomia do enfermeiro, dependendo do local de atuação. Proporcionando tranquilidade na prática em determinadas maternidades. Identificando a importância da gestão no	IDENTIFICANDO A DICOTOMIA NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA	

incentivo a prática do enfermeiro		
-----------------------------------	--	--

Fonte: Elaborado pela pesquisadora principal

**A CATEGORIA VIVENCIANDO OS CENÁRIOS DE PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE: DOS LIMITES HISTÓRICOS A EVENTOS CONTEMPORÂNEOS** foi construída a partir das SUBCATEGORIAS: **RESGATANDO A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE; RECONHECENDO O TRABALHO DA PARTEIRA NOS HOSPITAIS COMO FUNDAMENTAL NA PRÁTICA OBSTÉTRICA; IDENTIFICANDO A DICOTOMIA NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA.**

A SUBCATEGORIA **RESGATANDO A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE** surgiu a partir dos componentes: **Resgatando o parto natural, sem intervenção, através do trabalho das parteiras; Identificando a organização das práticas obstétricas realizadas pelas parteiras.**

A SUBCATEGORIA **RECONHECENDO O TRABALHO DA PARTEIRA NOS HOSPITAIS COMO FUNDAMENTAL NA PRÁTICA OBSTÉTRICA** surgiu a partir dos componentes: **Identificando a prática da parteira (Técnicas de enfermagem) em hospitais, ajudando a equipe de saúde.**

A SUBCATEGORIA **IDENTIFICANDO A DICOTOMIA NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA** é caracterizada pelos componentes: **Vivenciando realidades diferentes na prática do enfermeiro no parto; Percebendo a interferência da cultura separatista em relação à prática do médico e enfermeiro em alguns hospitais; Construindo a Integração com os médicos e profissionais de saúde, dependendo da realidade de atuação; Reconhecendo a valorização e autonomia do enfermeiro, dependendo do local de atuação do enfermeiro; Proporcionando tranquilidade na prática em determinadas maternidades; Identificando a importância da gestão no incentivo à prática do enfermeiro.**

Os componentes registrados nesta categoria indicaram que historicamente, a atuação/prática da parteira leiga no processo de nascimento demonstra a importância do parto natural, domiciliar e na

presença dos familiares. Esta parteira conduzia o parto com o mínimo de intervenções. No Estado do Rio Grande do Norte, o trabalho delas desenvolvido nos hospitais é uma realidade mais recente, considerando que muitas parteiras realizaram o curso de auxiliar de enfermagem e algumas foram atuar em maternidades. Por conseguinte, e devido à sua experiência prática, também desenvolviam a atuação nos processos de trabalho de parto e parto, sendo reconhecidas pela equipe de saúde como agentes primordiais e experientes na assistência obstétrica. Então, os médicos visualizavam a parteira como agente importante e experiente. Esse reconhecimento pode se dar devido à ajuda delas na realização dos partos, sem ameaça de espaço de atuação, em relação ao espaço médico.

Contudo, com o passar dos anos e por força da própria legislação profissional, as auxiliares de enfermagem que também eram parteiras e atuavam nos hospitais passaram a não exercer mais a assistência direta ao parto, como os exames e avaliações obstétricas. Nesse contexto, a enfermagem obstétrica, representada pelo enfermeiro especialista em obstetrícia, na ausência do médico, legalmente é o profissional que pode assistir a parturiente. Portanto, a relação se configura de maneira diferente, considerando que o enfermeiro, com autonomia, pode ser uma ameaça para a equipe médica. Nesse sentido, a relação torna-se conflituosa.

Sendo então a parteira, por muitos anos, na ausência do médico, o profissional responsável pelos partos naturais e até de risco, em algumas situações extremas, e, com o passar dos anos, esta atividade nos hospitais, na ausência do médico, passando a ser assumida pelo enfermeiro obstetra, é que percebemos a importância da parteira na organização dessas práticas obstétricas, hoje assumidas pelo enfermeiro. Então, essa organização das práticas assistenciais naturais, humanizadas e centradas na parturiente é resultado de um trabalho desenvolvido anteriormente pelas parteiras, na concepção dos entrevistados, no nosso campo de pesquisa. Compreendemos, assim, que o contexto do nosso objeto de estudo, ou seja, da atuação do enfermeiro obstetra, se dá também pelo reconhecimento de um trabalho desenvolvido anteriormente.

Obviamente que, a partir de então, e do trabalho exercido pelo enfermeiro obstetra, os conflitos tornaram-se cada vez mais aparentes nos processos de trabalho do enfermeiro e médico obstetras. A atuação do enfermeiro é tranquila e autônoma, dependendo dos contextos da prática obstétrica. No Estado do Rio Grande do Norte, cenário da pesquisa, temos realidades extremamente diferentes. Algumas maternidades limitam a atuação do profissional, em outras o referido

profissional apresenta plena atuação. Alguns fatores são considerados como importantes na realidade apresentada, como a cultura separatista existente na atuação destes profissionais (médicos X enfermeiros), a atuação do próprio enfermeiro (autonomia), o favorecimento de construção de novos modelos em algumas maternidades e o apoio dos gestores.

Então, os contextos da enfermagem obstétrica são permeados por práticas organizativas anteriores e por maternidades aonde os profissionais atuam com autonomia, tranquilidade e confiança, respeitando os processos de trabalho, dependendo do local de atuação. A gestão das maternidades, bem como a atuação do enfermeiro, contribui consideravelmente para o desfecho positivo ou negativo de sua atuação. Assim, temos fatores multicausais que contribuem para o desenvolvimento das práticas do enfermeiro obstetra nas maternidades no Estado do Rio Grande do Norte.

### 7.2.2 Categoria 2 - Emergindo condições que favorecem a consolidação da enfermagem obstétrica: perspectivas e desafios

A segunda categoria representa as condições causais do fenômeno.

Quadro 14 - Construção das subcategorias a partir dos elementos (dados) – categoria 2

Declaração dos entrevistados	Codificação
<p>O cuidado do enfermeiro, o cuidado do médico são coisas diferentes e as pacientes mesmo dizem (E02). [...] porque durante toda essa minha vivência de 17 anos em sala de parto a gente percebe a diferença do cuidado realizado pelo enfermeiro. A gente percebe a satisfação desta paciente e dos seus familiares também. A gente consegue estabelecer com eles uma interação muito boa entre o profissional e o paciente e o resultado disso é muito gratificante, tanto para no aspecto técnico, com no aspecto do acolhimento, da satisfação desse usuário com aquele cuidado recebido (E03). Acho assim que os enfermeiros obstetras sempre tem mais cuidado....Porque conhecimentos....principalmente que eu acredito existem tantos enfermeiros melhores que certos médicos obstetras, principalmente. E aqui já teve casos de pacientes que pediu para o enfermeiro que fizesse o parto, não queria o obstetra fizesse.</p>	<p><b>Reconhecendo a diferença da assistência prestada pelo enfermeiro.</b> Percebendo a satisfação das parturientes; Desenvolvendo interação com a parturiente; Preocupando- se com o cuidado; Dando preferência ao parto realizado pelo enfermeiro; Desenvolvendo a assistência centrada nas necessidades das parturientes; Conhecendo a parturiente; Evitando o parto medicalizado; Estando mais atento ao cuidado no processo do nascimento.</p>

<p>E o obstetra ficou até assim!!!!E eu disse: e aí? Pode fazer. E eu fiz e graças a Deus deu tudo normal (E13).</p> <p>É eu vejo que é bem mais centrada nas preocupações do próprio paciente porque a gente vê, claro que não é generalizado, mas o modelo medicalocêntrico, o médico quando vai fazer o parto ele é muito ali do momento, da assistência né, a mulher já está parindo, está com a dilatação completa, o médico vem e faz o parto, né e a enfermeira eu vejo muito mais como acompanhante, parteja, no momento de partejar a paciente, de acompanhar, de conhecer a sua própria história, que isso aí é extremamente importante (E15).</p>	
<p>Então eles vêm (pacientes) a gente como bons olhos para a gente levar esse parto até o final e humanizar porque com a humanização do enfermeiro é mais intensa. O médico é mais intervencionista e a gente tenta fazer de tudo para que o parto seja tranqüilo. A gente usa várias maneiras para que o parto se torne bem tranqüilo que tenha nenhuma intervenção (E02).</p> <p>E existem algumas coisas que a gente faz que eles não fazem... Então, o que difere da assistência médica são principalmente os métodos não farmacológicos de alívio para a dor, e a questão das intervenções, porque a gente intervém muito pouco (E04).</p> <p>Nós já temos conhecimento da excelência da qualidade dessa atenção, inclusive, eu conheci uma experiência em Juiz de Fora, a casa de parto que foi uma das referências no início da experiência, a própria experiência de São Paulo já e nós temos todo o apoio e segurança e sabemos que é um parto mais humanizado e mais qualificado, então a gente tem plena convicção disso (G01).</p> <p>Quando ele é realizado pelo profissional enfermeiro treinado a condução é muito mais tranqüila e o resultado final tanto para o produto conceptual, para o conceito é muito bom e a satisfação da mãe por ter participado, por ter vivido aquele momento, entendendo cada parte é muito bom. Então eu sou um defensor quanto mais do parto humanizado, do parto realizado pela enfermeira (G02).</p>	<p><b>Identificando as vantagens do parto realizado pelo enfermeiro</b></p> <p>Promovendo o parto humanizado;  Evitando intercorrências;  Evitando as intervenções;  Proporcionando o parto tranqüilo;  Desenvolvendo excelência no trabalho desenvolvido pelo enfermeiro;  Sendo reconhecido pelos gestores, o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro na assistência ao parto.</p>
<p>Geralmente a gente combina com os médicos: “Não vamos colocar ocitocina agora, não! Vamos esperar realizar amniotomia, esperar a contração regular!”E assim... dependendo de quem for a equipe a gente consegue esperar mais; para não colocar soro; deixar a paciente</p>	<p><b>Tentando interferir na construção de boas práticas com o profissional médico</b></p> <p>Disseminando as boas práticas para a equipe médica;  Proporcionando o protagonismo da mulher;</p>

<p>livre para andar; a alimentação é uma dieta líquida, que a gente oferece aqui, aí consegue (E04).</p> <p>Eu ficava na Maternidade Escola, então eu tirava ela da cama (parturiente), levava ela para o chuveiro, falava com os médicos que elas desmaiavam com fome então eu falava, e a partir daí eles começaram a sentir, a notar que aqueles desmaios eram exatamente fome que aquelas mulheres sentiam, então foi a partir daí que eles começaram a introduzir uma alimentação líquida, certo? (E07).</p>	<p>Respeitando as necessidades da mulher; Pactuando com a equipe médica as boas práticas obstétricas.</p>
<p>Alguns anos atrás teve um curso de MIDWIFE aqui, eu fiz esse curso, mas eu acho que quando eu iniciei como enfermeira obstetra, eu ainda trabalhava muito no modelo médico; naquele modelo assim... mais intervencionista (E04).</p> <p>Antigamente nós éramos mais intervencionistas, abreviava o parto, fazia, usava muito ocitócito, fazia com que a mulher descansasse mais rapidamente (E10).</p> <p>[...] no que antigamente era feito principalmente pela maternidade escola Januário Cicco que tinha inclusive uma das suas salas na UPH (Unidade de Parto Humanizado) voltado exclusivamente para enfermeira, tanto para a realização do parto como para o treinamento de outros profissionais da enfermagem e hoje isso em função da alta rotatividade e da alta demanda e muitas vezes do intervencionismo excessivo na paciente, e se perdeu. Hoje não existe mais essa sala o que faz com que não tenhamos acesso à capacitação da enfermeira para estar preparada para o exercício da obstetrícia (G02).</p>	<p><b>Desconstruindo o modelo médico intervencionista</b></p> <p>Iniciando a enfermagem obstétrica através das técnicas intervencionista;  Absorvendo o modelo médico pela enfermagem obstétrica;  Acelerando o parto através das técnicas intervencionistas;  Gerando intervenções devido ao número grande de parto e da alta rotatividade em maternidades de referência no Estado;  Diagnosticando o intervencionismo excessivo nas maternidades de referência.</p>
<p>E a gente precisa habilitar essas pessoas que tiveram a oportunidade de fazer o curso, mas não tiveram a oportunidade de praticar (E04).</p> <p>Hoje não existe mais essa sala o que faz com que não tenhamos acesso à capacitação da enfermeira para estar preparada para o exercício da obstetrícia (G02).</p> <p>O que eu acho é que precisa melhorar e a gente vê muita deficiência ainda na parte teórica, conceitos, propedêutica obstétrica, uma bacia obstétrica, mesmo que ela não saiba fazer um diagnóstico clínico, mas ela precisa ter um conhecimento teórico muito profundo. Disso aí eu tenho observado essa deficiência assim...eu acho que ainda é uma coisa gritante. Elas precisam estudar mais a parte teórica para poder colocar aquilo ali em prática de uma forma mais coordenada e mais acadêmica, eu acho que é isso que ainda há muita deficiência (M05).</p>	<p><b>Melhorando os cursos de Especialização em enfermagem Obstétrica e Habilitando os enfermeiros obstetras para a atuação prática</b></p> <p>Necessitando fornecer habilidades e competências para os enfermeiros obstetras;</p> <p>Devendo motivar os enfermeiros obstetras para a prática;</p> <p>Necessitando melhorar o eixo teórico dos cursos de especialização;</p> <p>Necessitando estudar para a atuação segura;</p> <p>Necessitando melhorar a insegurança do</p>

<p>É o caminho que o Ministério da Saúde está apostando, que é o parto humanizado, só que precisa de uma maior adesão, de um maior comprometimento desse enfermeiro obstetra, assim também como capacitação. Capacitação é a chave. Que a gente não pode ir lá e dizer que está pronto, que pode trazer a rede, se a gente não está capacitado (E11).</p> <p>O que eu acho que a gente precisa é ter o pessoal qualificado e motivado porque nós temos algumas profissionais da enfermagem que faz a formação, mas como não entra em exercício com o tempo ela fica insegura e como há toda uma digamos assim, uma, quase que ameaça de que essa prática não seria reconhecida, que esta prática não seria legitimada, traz uma certa insegurança, então eu acho que a gente precisa criar as condições políticas e institucionais e de operação dos serviços que eu acho que o modelo do centro de parto normal traz (G01).</p> <p>Pela parte do enfermeiro em relação ao parto eles têm que ter um pouco mais de segurança. E eu acho que a segurança ela vem pela capacitação, não só pela capacitação, mas pelo aumento no número de partos, por eles se sentiram apoiados pelos profissionais médicos, ou seja, se sentirem parceiros. Acho que isso aí já melhoraria muito (G06).</p> <p>Aí neste caso eles se capacitarem e se tornarem mais atuantes. E a capacitação propriamente dita [...] os enfermeiros se sentirem mais confiantes e preparados para a realização do procedimento, para a realização do parto (E16).</p>	<p>enfermeiro obstetra;</p> <p>Necessitando de comprometimento no exercício da profissão (enfermagem obstétrica);</p> <p>Criando condições políticas e institucionais para investir na atuação do enfermeiro obstetra;</p> <p>Necessitando segurança na prática do enfermeiro;</p> <p>Necessitando aumentar o número de partos no processo de capacitação e em sua prática para adquirir competência;</p> <p>Necessitando demonstrar segurança para a equipe médica;</p> <p>Necessitando de uma maior atuação do enfermeiro no centro obstétrico;</p> <p>Necessitando os enfermeiros obstetras tornarem- mais confiantes;</p> <p>Necessitando de parceria com a equipe médica.</p>
<p>[...] vai depender do quê? Das pessoas, dos enfermeiros novos que .....dos antigos e dos novos que estão começando. Então vai depender do apoio da força que como eu já trabalho há muito tempo dar para estes enfermeiros que estão começando agora (E02).</p> <p>[...] uma esperança que eu tenho é que mais enfermeiros se envolvam, novos, se envolvam nessa área, queiram entrar nessa área, para que realmente a gente possa, um dia, ver o trabalho, nem que seja parecido, com o Sofia Feldman, que é um trabalho lindo, e no Brasil inteiro é um exemplo para o Brasil (E05).</p> <p>Está faltando mais cursos de enfermeiros obstetras. Eu acho que a academia deveria se preocupar mais com isso. Se existe demanda, se existe mercado, se existe alguém interessado isso deveria ser oferecido normalmente cada semestre, uma turma, cada semestre está formando uma turma de enfermeiro obstetra</p>	<p><b>Formando novos enfermeiros obstetras</b></p> <p>Necessitando formar enfermeiros novos para a assistência obstétrica;</p> <p>Tendo mais enfermeiros para consolidar a assistência obstétrica;</p> <p>Aumentar o quantitativo de cursos de especialização;</p> <p>Percebendo os órgãos formadores como importantes no processo formativo;</p> <p>Responsabilizando as universidades para a formação de enfermeiros obstetras;</p> <p>Responsabilizando as maternidades de ensino para o favorecimento de cursos de capacitação;</p> <p>Melhorando a referência do enfermeiro obstetra nos partos de baixo risco.</p>



<p>porque com a credibilidade da enfermagem na obstetrícia a tendência é todos os partos considerados normais e naturais ser da enfermagem e a medicina ficar apenas com as distocias, os partos de distocias e as cesáreas da vida (E09).</p> <p>Já inclusive cobramos da Maternidade Escola Januário Cicco, a oferta de atualização, de qualificação e inclusive especialização para a formação de novos enfermeiros e estamos com a perspectiva de implementar o centro de parto normal no âmbito do município (G01).</p>	
<p>[...] acompanhar uma parturiente na sala de parto... Você precisa ser boa... boa, segura, ter habilidade, confiar, e saber, sair e saber identificar uma distocia muito cedo, porque a distocia de uma parturiente[...] Então você tem que saber identificar a distocia e é isso que o enfermeiro não sabe fazer, não sabe identificar, se um bebê está lá em cima. Porque ele está lá em cima e não desce, aquela bacia é boa ou não, é aquele colo é bom ou não é, está maduro ou não está maduro, tudo isso que tem que ser entende? O enfermeiro ele não se...não sei [...] (E07).</p>	<p><b>Demonstrando segurança na prática</b> Tendo segurança na teoria; Tendo segurança na prática; Demonstrando confiança na prática; Identificando a distocia na assistência ao parto.</p>
<p>Na minha experiência é um pouco diferente porque foi como residente, não foi enfermeira, mas muitas vezes fui vista como enfermeira e era esquecida a residente de lado e no dia a dia, na vivência, a rotina, a gente vai encontrado pessoas, médicos, enfermeiros, técnicas de enfermagem, pessoas da higienização que vão passando dicas, vão passando o que eles conhecem [...] (E11).</p> <p>Tive muitas vivências durante este pouco tempo de 2 anos, de me vincular neste processo difícil para gestante, para parturiente que é o processo de trabalho de parto, me vincular com ela e passar para ela segurança, passar que ao lado dela tem um profissional capacitado que está além de tecnicamente, também humanamente pronto para ajudá-la (E01).</p> <p>Gerar protocolos internos do setor, capacitar à equipe, educação continuada. Estar diretamente sendo disseminador, na verdade, vendo lá o que o ministério publica, vendo o que o ministério está publicando como manual e tentar divulgar isso, capacitar a equipe e estar sendo um disseminador na verdade desse manual e estar empoderado desse manual para estar passando para a equipe no hospital com um todo (E10).</p> <p>E aí nesses casos a educação permanente desses profissionais e processos é fundamental para a</p>	<p><b>Investindo nos processos de formação</b> Valorizando a residência como formação; Vivenciando a prática na residência; Investindo em processos de capacitação; Sendo disseminador das informações da enfermagem obstétrica; Fomentando educação permanente; Precisando estudar para atuar na obstetrícia; Necessitando construir protocolos da enfermagem obstétrica; Precisando de cursos de aprimoramento.</p>

<p>gente ter algum sucesso e ter sido ainda uma grande limitação que a gente enfrenta porque no caso do município ainda não conseguimos, pela precariedade, ter ações de educação permanente que dê conta dessas demandas das várias redes (G01).</p> <p>[...] a outra parte é que exista mais cursos de aprimoramento, o resgate dos enfermeiros obstetras para o trabalho dentro da assistência obstétrica que talvez temos o suficiente (G04).</p> <p>[...] eu fico muito triste porque os enfermeiros não se dedicam à obstetrícia porque é uma coisa que demanda muita paciência, que demanda muito estudo, que demanda muita prática e eles não querem isso (E07).</p>	
<p>Tento integrar...tanto interações comigo...(E02).</p>	<p><b>Interagindo consigo mesma</b></p>
<p>A interação com relação à mulher no parto eu estabeleço, a partir da admissão dela no centro obstétrico... Então a interação é tanto com a gestante, com a parturiente (E01).</p> <p>A gente consegue estabelecer com eles uma interação muito boa entre o profissional e o paciente e o resultado disso é muito gratificante, tanto para no aspecto técnico, com no aspecto do acolhimento, da satisfação desse usuário com aquele cuidado recebido (E03).</p> <p>A gente trabalha muito com a fala... Eu principalmente gosto muito de imagens. Geralmente, tenho vídeos, coloco no meu computador, tenho imagens no notebook. Eu gosto de ter banner que explique como ela pode parir; o que é o parto... Eu gosto de ter no ambiente em que estou trabalhando, e se usa muito à fala (E06).</p> <p>Eu prefiro geralmente saber se ela realmente me aceita porque isso já é um trabalho que realmente tem que fazer parte da nossa intervenção: é trabalhar com respeito aos direitos da mulher de opção (E14).</p>	<p><b>Interagindo com a parturiente, desde a admissão.</b></p> <p>Interagindo desde a admissão, do acolhimento;</p> <p>Utilizando estratégias para proporcionar a interação;</p> <p>Considerando a empatia na relação;</p> <p>Respeitando os direitos da parturiente.</p>
<p>Eu gostava de sempre trabalhar com elas (parturientes) com a interação interpessoal, conversando, sabendo se ela não tinha alguma pessoa para ficar com ela, porque não podia ter acompanhante não era? Mas aí, eu me sentia uma acompanhante e trabalhava já com as minhas estratégias que fiz depois, justamente a minha tese de doutorado (E07).</p>	<p><b>Sendo a acompanhante da parturiente</b></p>
<p>...como com o acompanhante ou familiar que estiver com ela (E01).</p>	<p><b>Inserindo o acompanhante no contexto do parto</b></p>
<p>Das vezes que eu pude acompanhar pai junto com a gestante nesse processo de parto foram os</p>	<p><b>Visualizando a atuação do pai</b></p> <p>Incentivando a atuação do pai no</p>

<p>momentos mais bonitos que eu já vivenciei nesta prática como enfermeira obstetra. O pai ele conseguiu implementar as técnicas de humanização, de massagens, de doular a esposa dele, a companheira (E01).</p> <p>[...] da gente estimular o acompanhante, principalmente se for o pai a ficar ali do lado dela, ajudar a ela, porque muitas vezes os pais eles não querem ver, eles não querem. Então a gente vai lá, encoraja. Pai se não quiser olhar não precisa ficar ali ao lado da sua esposa porque quando nascer ela vai precisar de você, vai ajudar assim eles costumam ajudar. E a gente costuma deixar ele bem à vontade pra o que ela quiser fazer (E08).</p>	<p>acompanhamento do parto; Acompanhamento do pai nas massagens de relaxamento; Acompanhamento do pai , no partear, estando junto, vivenciando; Deixando o pai à vontade.</p>
<p>Interação com o profissional que admite esta parturiente que é o médico obstetra, com relação ao desenvolvimento do trabalho de parto. Se o trabalho de parto está acontecendo, se desenvolvendo de forma natural, como o esperado, se existe alguma intercorrência (E01). Se eu tiver alguma dificuldade eu não deixo de chegar para um colega um médico obstetra e pedir ajuda, mas no momento que eu vejo que está correndo em paz não há necessidade (E13). Olhe. Em primeiro lugar eu procuro deixar o enfermeiro exercer a admissão do paciente junto com o médico, quando isso não acontece, deixar o enfermeiro sabendo o que está acontecendo com o paciente e junto comigo conduzir, ou mesmo o próprio enfermeiro conduzir e quando houver necessidade da minha ajuda eu estar participando junto com ele (M06).</p> <p>[...] uma grande facilidade mesmo para trabalhar com os enfermeiros, a gente já tem essa vivência, inclusive com todos os outros obstetras, tem essa facilidade para trabalhar junto (M03).</p> <p>Na realidade só tem uma maternidade onde a gente vive essa experiência que é no Hospital Universitário Ana Bezerra e a visão que a gente tem é que é equipe multidisciplinar com um trabalho em parceria, um trabalho sincrônico, um trabalho harmônico que funciona bem. As enfermeiras diante de dificuldades, de alguma dúvida ela aciona o obstetra para sem nenhum problema para tirar dúvida, pra um esclarecimento e sem vaidade, sem delimitação de território, mas em parceria em prol da assistência da paciente (M01).</p> <p>É somar com a equipe médica e fazer um trabalho em equipe para que tudo ocorra da melhor maneira possível e que o enfermeiro se</p>	<p><b>Interagindo com o médico desde o internamento em relação a todo o desenvolvimento do trabalho de parto.</b></p> <p>Estando com o médico no acompanhamento do trabalho de parto; Pedindo a colaboração do médico perante as dificuldades; Promovendo o trabalho integrado médico/parturiente; O médico estando disponível para ajudar os enfermeiros; Trabalhando juntos médico/enfermeiro; Tendo facilidade para trabalhar com a equipe médica; Somando conhecimentos médico/enfermeiro para a assistência no parto; Promovendo a continuidade da assistência médico/enfermeiro.</p>

<p>detenha ao parto de baixo risco e que o médico atue, fique com a parte de alto risco. Então a nossa pretensão é essa de somar e juntos fazermos o melhor para a paciente (E05).</p> <p>Então existem condutas que o enfermeiro mesmo pode tomar para que resolva aquele problema que o partograma está lhe apresentando. Outros não. Que a gente precisa do acompanhamento médico, então é nesse momento que a gente se percebe que há essa necessidade a gente comunica ao médico e aí ele vem e dá continuidade ao processo (E03).</p> <p>[...] porque eu não ofereço o mínimo de resistência para elas atuarem, para elas conduzirem e participarem junto com a gente na condução do trabalho de parto, mas eu tenho encontrado essa dificuldade em alguns casos (M01).</p>	
<p>Tento integrar tanto interações comigo como com quem está trabalhando na minha equipe, como o médico, como com a equipe multiprofissional que a gente trabalha, o psicólogo, fazendo integração com todos [...]. Então ninguém se intromete na função do outro, cada um sabe que tem um papel importante, tanto para a mulher como para a família (E02).</p> <p>[...] a gente tem a oportunidade também de ter a presença de uma equipe multiprofissional que nos ajuda em toda essa condução (E03).</p> <p>Eu prefiro interagir com a equipe disciplinar, uma psicóloga ao lado é muito interessante, é muito importante, uma fisioterapeuta ao lado, é muito importante porque quem entende de respiração é o fisioterapeuta, entendeu. Quem pode melhor orientar nas respirações é o fisioterapeuta, acalmar a paciente é a psicóloga, entendeu...com a liberdade e a introdução de novos profissionais de outras áreas como a fisioterapia e a psicologia e assim por diante, e a enfermagem eu acho que o caminho é esse, uma equipe multiprofissional é melhor que o tradicional de antigamente (E10).</p> <p>É uma ótima interação. A equipe multiprofissional que está agindo ali no momento do parto, a gente conversa, o pediatra está sempre ouvindo a ausculta, também dando opinião (E09).</p>	<p><b>Incentivando a atuação da equipe multiprofissional</b></p> <p>Interagindo com a equipe multiprofissional;</p> <p>Respeitando o processo de trabalho de cada profissão no cuidado do parto;</p> <p>Interagindo com todos os membros da equipe (psicólogo, pediatra, fisioterapeuta);</p>

<p>[...] e com os estudantes da área de enfermagem, também. São eles: estudantes, médicos e a equipe de enfermagem, de técnicos que esta interação acontece para levar o trabalho de parto de forma multiprofissional...(E01).</p> <p>Então elas são treinadas já para auxiliar a gente nesse processo. A interação, eu acho que melhorou muito também, quando a gente começou a interagir principalmente com os alunos de medicina (E04).</p>	<p><b>Considerando a importância dos estudantes</b></p> <p>Interagindo com os alunos de medicina; Participando do processo de nascimento com os alunos.</p>
<p>Então eu acho assim que se partisse de cima dos nossos gestores e dizer: Isso aqui vai ser assim porque existe um protocolo, que diz que enfermeiro pode fazer parto assim [...] (E08).</p> <p>[...] muitas vezes falta apoio dos gestores também; a gente não tem apoio dos gestores (E05).</p> <p>A gente sonhava em ter, a gente sonhava com essa estrutura montada onde nós tivéssemos um enfermeiro a disposição o dia todo para receber esse paciente e realizar esse parto nessa estrutura, só que até hoje a gente nunca foi atendida quanto às solicitações e quando for fazer a reforma, a gente tentou implantar isso aí, mas infelizmente, mais uma vez, a frustração, a gente não conseguiu (G07).</p>	<p><b>Identificando falta de operacionalização da gestão em relação à atuação do enfermeiro obstetra</b></p> <p>Necessitando decisão do gestor para a atuação do enfermeiro obstetra; Faltando apoio dos gestores; Faltando priorização dos gestores para as demandas necessárias para a atuação do enfermeiro obstetra; Faltando os gestores investirem em estrutura física; Faltando investimento em recursos humanos.</p>
<p>Eu acredito que seja possível mudar porque há serviços que a gente consegue trabalhar quando a direção, a gestão desse serviço tem um protocolo e que se exige dos profissionais, tanto do técnico como do médico a postura e que seja baseada em boas práticas (E06).</p> <p>Qual é o serviço de parto que pode ser atendido por enfermeiro obstetra, porque a partir do momento que você tem um protocolo que foi construído pela equipe, você não tem como questionar.....É o protocolo, ele está ali. Mas eu acho assim que para dar o primeiro passo todos os hospitais que ainda tem essa resistência de impedir que o enfermeiro obstetra atue, indique protocolo e ficar definido aquilo ali com a gestão geral do hospital para que a gente não tenha problema (E08).</p>	<p><b>Sendo possível a prática do enfermeiro obstetra, quando há interesse da gestão.</b></p> <p>Priorizando o trabalho do enfermeiro pelo gestor; Direcionando através de condutas e protocolos o trabalho integrado do enfermeiro e médico; Tendo os protocolos assistenciais como ferramenta de gestão.</p>

<p>Então assim pra gente dificulta muito porque o município e a instituição....Eles inclusive com o projeto da rede cegonha eles.... exigem inclusive que a instituição tenha uma escala de enfermeiros obstetras e que esses enfermeiros venham a fazer o parto, porém não nos dá condição e muito menos o espaço estrutural para a gente realizar esse procedimento (G07). [...] é a questão gerencial do setor que é extremamente importante porque o enfermeiro na verdade ele é o gerente do setor, então ele tem que gerenciar a equipe de técnicos de enfermagem, o próprio médico e todos os outros profissionais. Todos os outros profissionais quando chegam na sala de parto, no PPP ele vem e se dirige a gente para saber quantas pacientes tem, quem são essas pacientes . Então eu acho que a gente tem que se empoderar da situação para que a gente tenha mais segurança realmente na hora de realizar a nossa assistência (E15). Nós temos inclusive uma portaria que institucionaliza esta questão da vinculação das gestantes ao serviço onde ela vai parir, mas a gente acredita que só com a abertura da (maternidade) Leide Moraes com melhores condições é que vai possibilitar a gente dar uma efetividade a esta política e também começar adequar as outras maternidades a ideia da atenção humanizada do parto e a implantação desse médio prazo da gestão dos centros de parto normal (G01).</p>	<p><b>Identificando a responsabilidade do gestor de saúde, do gestor do hospital e do gestor do cuidado.</b></p> <p>Faltando condições para a atuação do enfermeiro;</p> <p>Faltando espaços para a atuação do enfermeiro obstetra;</p> <p>Sendo o enfermeiro responsável pela gestão do cuidado no parto de baixo risco;</p> <p>Empoderando o enfermeiro no gerenciamento do cuidado do parto de baixo risco;</p> <p>Devendo proporcionar fluxos assistenciais necessitando dar efetividade a política;</p> <p>Operacionalizando os centros de partos normais.</p>
---	---

Fonte: Elaborado pela pesquisadora principal

PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA CATEGORIA – A categoria 2 foi construída a partir do Quadro 14, ou seja, da construção dos elementos (dados diversos da entrevista) e conseqüentemente da codificação aberta. O resultado desse processo está contido no Quadro 15 a seguir:

Quadro 15 – Emergindo condições que favorecem a consolidação da enfermagem obstétrica: perspectivas e desafios

COMPONENTES	SUBCATEGORIAS	CATEGORIA
<p>Reconhecendo a diferença da assistência prestada pelo enfermeiro</p> <p>Identificando as vantagens do parto realizado pelo enfermeiro</p> <p>Tentando interferir na construção de boas práticas com o profissional médico</p> <p>Desconstruindo o modelo médico intervencionista</p> <p>Melhorando os cursos de Especialização em enfermagem Obstétrica e Habilitando os enfermeiros obstetras para a atuação prática</p> <p>Formando novos enfermeiros obstetras</p> <p>Demonstrando segurança na prática</p> <p>Investindo nos processos de formação</p>	<p>EMERGINDO AS EXIGÊNCIAS PARA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA</p>	<p>EMERGINDO CONDIÇÕES QUE FAVORECEM A CONSOLIDAÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA: PERSPECTIVAS E DESAFIOS</p>
<p>Interagindo consigo mesma</p> <p>Interagindo com a parturiente, desde a admissão.</p> <p>Sendo a acompanhante da parturiente</p> <p>Inserindo o acompanhante no contexto do parto</p> <p>Visualizando a atuação do pai</p> <p>Interagindo com o</p>	<p>VIVENCIANDO AS INTERAÇÕES/RELAÇÕES NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA</p>	

<p>médico desde o internamento em relação a todo o desenvolvimento do trabalho de parto. Incentivando a atuação da equipe multiprofissional Considerando a importância dos estudantes</p>		
<p>Identificando falta de operacionalização da gestão em relação à atuação do enfermeiro obstetra Sendo possível a prática do enfermeiro obstetra quando há interesse da gestão Identificando a responsabilidade do gestor de saúde, do gestor do hospital e do gestor do cuidado.</p>	<p>REVELANDO OS PROCESSOS DE GESTÃO NA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA</p>	

Fonte: Elaborado pela pesquisadora principal

**A CATEGORIA EMERGINDO CONDIÇÕES QUE FAVORECEM A CONSOLIDAÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA: PERSPECTIVAS E DESAFIOS** é constituída pelas SUBCATEGORIAS: EMERGINDO AS EXIGÊNCIAS PARA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA, VIVENCIANDO AS INTERAÇÕES/RELAÇÕES NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA, REVELANDO OS PROCESSOS DE GESTÃO NA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA.

A SUBCATEGORIA EMERGINDO AS EXIGÊNCIAS PARA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA é constituída pelos componentes **Reconhecendo a diferença da assistência prestada pelo enfermeiro; Identificando as vantagens do parto realizado pelo enfermeiro; Tentando interferir na construção de boas práticas com o profissional médico; Desconstruindo o modelo médico como intervencionista; Melhorando os cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica e Habilitando os enfermeiros obstetras para a atuação prática; Formando novos enfermeiros obstetras; Demonstrando segurança na prática; Investindo nos processos de formação.**



A SUBCATEGORIA VIVENCIANDO AS INTERAÇÕES/RELAÇÕES NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA é formada pelos componentes: **Interagindo consigo mesma; Interagindo com a parturiente, desde a admissão; Sendo a acompanhante da parturiente; Inserindo o acompanhante no contexto do parto; Visualizando a atuação do pai; Interagindo com o médico desde o internamento em relação a todo o desenvolvimento do trabalho de parto; Incentivando a atuação da equipe multiprofissional; Considerando a importância dos estudantes.**

A SUBCATEGORIA REVELANDO OS PROCESSOS DE GESTÃO NA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA é formada pelos componentes: **Identificando falta de operacionalização da gestão em relação à atuação do enfermeiro obstetra, Sendo possível a prática do enfermeiro obstetra quando há interesse da gestão, Identificando a responsabilidade do gestor de saúde, do gestor do hospital e do gestor do cuidado.**

O enfermeiro obstetra, em sua prática no cuidado ao parto, deverá desenvolver habilidades e competências capazes de acompanhar e realizar a assistência à mulher em todas as fases do processo de parto. A formação do referido profissional exige condições formativas teóricas, práticas e políticas. Dessa maneira, assistir ao parto natural e identificar as intercorrências para realizar os encaminhamentos necessários é a responsabilidade ética do enfermeiro obstetra. Certamente que as lutas traçadas pela categoria e a participação em eventos organizativos favorecem a conquista de espaço.

Este profissional deverá demonstrar interesse pela área e ter perfil para a atuação, pois sua formação deve apresentar um diferencial em seu processo de trabalho, partindo do princípio de que o cuidado ao parto requer tempo e paciência do enfermeiro. Este deverá realizar o partejar e estar junto, assim como deve ter a preocupação de conhecer a parturiente. Os vínculos são construídos a partir das orientações fornecidas durante o acolhimento. O cuidado prestado pelo enfermeiro é centrado nas necessidades da parturiente e nesse processo são respeitadas as inquietações, dúvidas e atitudes durante o trabalho de parto e parto. É o cuidado paciente, tranquilo e respeitoso. Outro aspecto que torna a assistência do enfermeiro diferenciada em relação aos outros profissionais é a realização da humanização do nascimento. O incentivo às técnicas não farmacológicas de alívio da dor e o incentivo à presença do acompanhante têm causado impacto na visão das parturientes. Essa competência do enfermeiro vem de encontro ao favorecimento das técnicas intervencionistas realizadas no passado para acelerar o parto

que também faziam parte do ritual dos próprios enfermeiros. Na atualidade, a concepção dos enfermeiros obstetras, segundo os depoimentos, é de desconstrução das técnicas intervencionistas no parto.

Diante da necessidade referenciada da atuação do profissional, é necessário um repensar nos processos formativos. Na realidade do Estado do Rio Grande do Norte a maioria dos enfermeiros não atua na prática obstétrica, principalmente porque apresentam dificuldades no desenvolvimento de suas habilidades e competências. Alguns enfermeiros estão afastados da prática e assumindo atividades diversas da enfermagem. Esse afastamento os distancia da obstetrícia e predispõe a necessidade de uma nova capacitação para a reintrodução na prática. Outros realizaram o curso com dificuldades nos estágios e por isso não adquiriram a competência prática de realizar o parto natural de baixo risco. Outros ainda estão na zona de conforto, com dificuldade de superar a hegemonia médica no que diz respeito ao enfrentamento dos espaços.

Como consequência, alguns enfermeiros têm demonstrado insegurança e falta de confiança. Há claramente a necessidade de investimento na formação do enfermeiro obstetra, ou seja, através dos cursos de especialização, das capacitações realizadas pela educação continuada e educação permanente. Existe um reconhecimento da dificuldade dos cursos em relação aos eixos teóricos, bem como em relação ao domínio prático. Os enfermeiros deverão estar comprometidos com a formação, estudar e sentirem-se seguros. Os cursos oferecidos devem ser capazes de formar enfermeiros competentes. As maternidades vinculadas ao ensino devem ser estimuladas para a realização de formação especificamente para a prática.

A incorporação qualitativa e quantitativa de enfermeiros obstetras nas maternidades do Estado do Rio Grande do Norte é necessária na perspectiva de mudança de modelo assistencial, com o objetivo de modificar uma realidade de intervenções obstétricas desnecessárias.

Outro aspecto que interfere no cuidado do enfermeiro no parto e que tem causado diferença assistencial é o desenvolvimento das interações e relações. É perceptível, que nos depoimentos, no nosso campo de pesquisa, a habilidade que este profissional possui de construir as relações diversas, tanto com os clientes, no nosso estudo, as parturientes e seus acompanhantes, como com os demais membros da equipe e estudantes.

Em relação à mulher, o enfermeiro inicia a interação a partir do acolhimento, que é realizado, primeiramente, através das informações

necessárias, gerando vínculo de confiança. Os processos que as mulheres irão vivenciar e os medos trazidos por elas são desmistificados pelo enfermeiro, promovendo segurança e tranquilidade. Os vínculos então são construídos, considerando que o profissional deverá estar presente durante o acolhimento, durante o trabalho de parto e no parto. O profissional desenvolve um trabalho de aceitação para que os processos aconteçam com segurança. As estratégias de interação e explicações realizadas com a parturiente são várias, desde a fala, até técnicas diversificadas de comunicação sobre a permanência dela e o processo natural do parto. Esta habilidade é possível porque o enfermeiro obstetra passa a maior parte do tempo com a parturiente, diferentemente dos outros profissionais da saúde. Respeitar os direitos da mulher é outra estratégia assistencial que fortalece as relações. O protagonismo da mulher nesse contexto é incentivado pelo enfermeiro.

Outra característica importante é o acompanhamento que o enfermeiro fornece à mulher, como agente tecnicamente capacitado para realizar o parto, mas este profissional muitas vezes se revela como o acompanhante da parturiente, quando esta não consegue trazer uma pessoa de sua confiança para a maternidade. A vinculação torna-se tão aparente que o enfermeiro pode se confundir, na concepção das mulheres, como com o seu acompanhante. Assim, a relação se dá sob os dois olhares. Por outro lado, quando a parturiente consegue definir e trazer o acompanhante, o enfermeiro interage com ele, introduzindo-o no processo de parto, orientando e envolvendo-o no cuidado.

Uma interação importante que o enfermeiro desenvolve é com o pai do bebê. Ele é incentivado a participar do nascimento do filho. O enfermeiro o prepara para aplicar as técnicas de relaxamento e participar ativamente do cuidado. O estímulo ao corte do cordão umbilical é considerado um momento ímpar na vida deste pai, promovido pelo enfermeiro.

Não menos importante, a interação desenvolvida com o médico é fundamental, principalmente para a construção de trabalho em equipe na assistência ao parto. O enfermeiro deve compartilhar com o médico as dificuldades, considerando que ele é o profissional que dará continuidade ao trabalho, se a parturiente necessitar de processos intervencionistas e mais complexos, pertencentes ao processo de trabalho do médico obstetra. Assim, o médico deverá estar inserido e deverá conhecer a parturiente, no sentido de se preparar para os riscos naturais.

Constatamos em nossa pesquisa que o enfermeiro, quando demonstra segurança nas suas atividades e no acompanhamento do

parto, não apresenta dificuldade de interação com a equipe médica. Visualizamos ainda que o médico tem que ser conquistado, ou seja, o enfermeiro deve estabelecer segurança e confiança. As disputas de poder são comuns nessa relação e, dependendo do local, podem ser bastante conflituosas. Nos locais onde não existe autonomia do enfermeiro, o médico se comporta como o dono dos processos assistenciais. Esse conflito é amenizado quando se inicia a conquista, o trabalho integrado e principalmente quando há o despertar da confiança. O enfermeiro deverá ter habilidade para o referido desafio. Em relação à equipe multiprofissional, as relações fluem com bastante tranquilidade. Como o enfermeiro em sua atuação é o profissional que despense mais tempo com a parturiente, ele consegue estabelecer com a equipe, compromissos assistenciais multiprofissionais.

Atualmente, em algumas realidades, principalmente de ensino, no nosso campo de pesquisa o enfermeiro obstetra tem se destacado na interação com os estudantes, tanto de enfermagem, como de medicina. Eles têm conseguido favorecer a integralidade do cuidado e principalmente a boa relação no cuidado ao parto.

A formação do enfermeiro, as relações e interações desenvolvidas por ele são de extrema importância para a sua atuação no cuidado ao parto, mas isso não é suficiente para a concretização da prática do cuidado. A gestão dos serviços de saúde e, podemos também considerar, a gestão de enfermagem e gestão do cuidado interferem no êxito do processo de trabalho do enfermeiro obstetra.

Identificamos que, nos hospitais onde a gestão está sensível à atuação do enfermeiro os processos fluem com bastante tranquilidade, sendo o enfermeiro, atuante e protagonista no cuidado à mulher, bebê e familiar. É salutar que a conquista dos espaços deve partir do profissional de saúde, através de sua capacidade técnica e, por que não dizer, política, mas a gestão tem uma parcela de responsabilidade. Pois, muitas vezes, o enfermeiro tem a competência formativa e prática, mas a gestão de saúde ou gestão do cuidado não estão sensíveis para manter o fortalecimento do referido trabalho. Os enfermeiros entrevistados que eram bons na prática obstétrica, sentiam dificuldades em relação aos processos de gestão, pois eram direcionados pelo gerente do cuidado para outras atividades diferentes da obstetrícia, ou outros gerentes os desestimulavam a lutar pelo espaço na obstetrícia. Essa dificuldade não permanece apenas na gestão do cuidado de enfermagem, mas na gestão de saúde, quando, apesar do discurso positivo, não prioriza a prática do enfermeiro nos hospitais da rede. As gestões das maternidades, muitas

vezes, não desenvolvem capacitação, ou não favorecem a atuação do referido profissional.

### 7.1.3 Categoria 3 – Vivenciando desordens na prática do cuidado do enfermeiro obstetra

A terceira categoria representa as condições intervenientes no fenômeno.

Quadro 16 - Construção das subcategorias a partir dos elementos (dados) – categoria 3

Declaração dos entrevistados	Codificação
<p>[...] porque o enfermeiro obstetra apesar do reconhecimento do Ministério da Saúde, da qualidade deste atendimento ele não consegue executar este cuidado em algumas maternidades aqui do nosso Estado (E03).</p> <p>[...] nos outros a gente é limitado, até no que a gente pode fazer legalmente então, isso frustra...(E03).</p> <p>No outro serviço que eu trabalhava, eu era mais limitada (E04).</p> <p>A situação está pior e realmente eu espero que um dia ainda aconteça, de quem sabe da gente ter abertura...(E05).</p> <p>[...] porque a gente fica só com as sobras, a gente não está só para ..... como é que se diz: o que nos compete é apenas ajudar, colaborar com a equipe. A gente não atua como enfermeira obstetra. O que a gente faz qualquer profissional de enfermagem pode fazer, entendeu? (G07).</p> <p>Eu acho muito positivo o enfermeiro fazer a realização do parto também, mas assim a gente também tem dificuldade porque nem todos os profissionais aceitam (G08).</p> <p>Bem aqui no Rio Grande do Norte a gente tem um trabalho figurativo. A gente participa de toda a assistência, do plano de assistência, dos cuidados, só que a gente não tem autonomia, dentro da sala de parto, não tem autonomia dentro centro cirúrgico....tem sim para ser burocrata, mas para cuidar de paciente na assistência direta como a gente aprendeu não tem essa autonomia (E14).</p> <p>Então em outras unidades por conta dessa polarização é muito difícil, o obstetra assume e não permite a condução, chama para si a responsabilidade da condução e não permite a atuação do enfermeiro obstetrix. É isso que a</p>	<p><b>Vivenciando falta de autonomia na prática do enfermeiro</b></p> <p>Tendo dificuldade de realizar o cuidado de enfermagem no parto;</p> <p>Tendo limitação na atuação do enfermeiro, dependendo do local de atuação;</p> <p>Limitando a atuação legal do enfermeiro;</p> <p>Percebendo piora na dificuldade de autonomia em algumas maternidades;</p> <p>Não atuando como enfermeira obstetra;</p> <p>Se limitando as atividades simples do cuidado;</p> <p>Faltando aceitação dos profissionais médicos;</p> <p>Realizando um trabalho figurativo na assistência ao parto;</p> <p>Sentindo desvalorização no trabalho do enfermeiro;</p> <p>Não tendo autonomia na assistência ao parto;</p> <p>Realizando o trabalho burocrático;</p> <p>Percebendo a polarização do médico e enfermeiro na assistência ao parto;</p> <p>Percebendo o preconceito dos médicos em relação ao trabalho desenvolvido pelo enfermeiro;</p> <p>Percebendo o poder médico na obstetrícia;</p> <p>Identificando a acomodação dos enfermeiros nos espaços de atuação.</p>

<p>gente vê na prática (M01). Olha a atuação da enfermeira obstétrica dentro dos hospitais, assim, eu acho que ainda existem muitas barreiras e ainda existe muito preconceito com o trabalho da enfermeira na sala de parto (M05). Porque a cultura de parto feito por enfermeiro ainda está difícil na cabeça de muitos médicos, até porque vem uma série de coisas, entre elas o médico sempre acha que é o mais sabido, é só ele que pode fazer. Outros acham que isso aí é só ato médico, outros acham que o enfermeiro faz, mas na hora da bronca tem que chamar o médico...(M02). [...] mas eu acho que deve existir uma sensibilização dos meus colegas médicos frente ao trabalho das enfermeiras e para que isso aconteça eu acho que também os enfermeiros, eles tem que se colocar mostrando a sua capacidade tanto em trabalhar em equipe como condições técnicas para conduzir o parto natural (M06).</p>	
<p>Um sentimento de angústia porque muitas vezes a gente vê que a conduta poderia ter sido diferente...(E03). Mas chega um momento que a gente não pode mais interferir e aí gera aquela insatisfação, aquela angustia de não poder fazer mais porque a profissão nos limita em determinados aspectos...(E03). Nos outros a gente é limitado até no que a gente pode fazer legalmente, então isso frustra...(E03). A princípio sinto frustração, porque a gente fica só com as sobras, a gente não está só para ..... como é que se diz: o que nos compete é apenas ajudar, colaborar com a equipe (G07). [...] dá uma tristeza (E03). [...] uma angústia e até uma revolta, sabe, porque a gente sabe que poderia contribuir tanto, mas o entendimento daquele ambiente não deixa (E03). [...] uma angústia e até uma revolta, sabe, porque a gente sabe que poderia contribuir tanto mas o entendimento daquele ambiente não deixa (E03). [...] mas ao mesmo tempo não tem essa parceria com a gente, então acaba que muitas vezes a gente fica com medo (E08). [...] a questão dos medos estabelecidos, dos medos, que eu não sei que medo é esse....porque o risco que o enfermeiro corre,</p>	<p><b>Vivenciando sentimentos negativos na prática obstétrica</b> Sentindo angústia; Sentindo insatisfação; Sentindo frustração; Sentindo tristeza; Sentindo revolta;</p> <p>Sentindo Medo; Tendo medo pela falta de parceria do médico na assistência; Tendo medo dos riscos que a assistência obstétrica traz; Tendo medo de assumir a responsabilidade de realizar o parto; Tendo medo do parto propriamente dito; Tendo medo de ser penalizado pelas dificuldades e intercorrências no parto; Tendo medo de assumir e de responder pelas complicações; Tendo medo da falta de apoio do médico;</p>

o médico corre, todo mundo corre (E14).

E por outro lado também tem enfermeiros que não se sentem estimulados a fazer a até se especializar na área, porque alegam que não têm campo, tem medo de arcar com a responsabilidade do ato também, não é...mas no momento que tiver algum problema o enfermeiro poderá ser penalizado por isso, e (G06).

Vejo até algumas enfermeiras, isso tenho identificado, com medo de assumirem as pacientes por conta de uma polarização [...] Tem enfermeira obstetritz que chegam e conduzem e registram, algumas outras sequer registram com medo de estar assumindo aquela paciente[...] As enfermeiras ficam com medo. Acho que pensam: a responsabilidade começou agora e se tiver dado errado e como se ela tivesse conduzindo (M01).

[...] a questão dos medos estabelecidos, dos medos, que eu não sei que medo é esse....porque o risco que o enfermeiro corre, o médico corre, todo mundo corre (E14).

E por outro lado também tem enfermeiros que não se sentem estimulados a fazer a até se especializar na área, porque alegam que não têm campo, tem medo de arcar com a responsabilidade do ato também, não é...mas no momento que tiver algum problema o enfermeiro poderá ser penalizado por isso, e (G06).

Vejo até algumas enfermeiras, isso tenho identificado, com medo de assumirem as pacientes por conta de uma polarização [...] Tem enfermeira obstetritz que chegam e conduzem e registram, algumas outras sequer registram com medo de estar assumindo aquela paciente [...] As enfermeiras ficam com medo. Acho que pensam: a responsabilidade começou agora e se tiver dado errado e como se ela tivesse conduzindo (M01).

<p>É difícil acontecer esse momento, então isso me desestimulou muito lá. Realmente isso me desestimulou porque lá vive sempre superlotado devido a esse incentivo (produtividade) (E05).</p> <p>Olhe esses colegas que fizeram as suas especializações e fugiram da prática foi em função de uma coisa: que chama pró-labore ou em outros estados AIH porque isso aí é uma disputa de mercado e o médico por ser, por tradição já tem conseguido esse pró-labore, essa AIH ele não abre mão nos serviços em que eles estão para que os enfermeiros obstetras atuem no campo de trabalho e isso é um dos entraves que deveria ser resolvida a nível ministerial (E10).</p> <p>E principalmente no Hospital Santa Catarina, que eu acho que realmente atrapalha muito a nossa atuação, é a questão do pró-labore (E05).</p> <p>Então os médicos passaram a tomar conta desse território e também tem as questões das AIHs que não dá para os enfermeiros, não recebem e os médicos recebem (G06).</p> <p>A princípio uma das coisas era a questão da AIH, certo, que é assinada somente pelo médico e então a gente iria fazer esse parto e o médico que iria assinar. Aí eles não queriam assinar um parto feito pelo enfermeiro. Então a gente também não quis comprar essa briga que é uma questão, entendeu, que não nos competia ficar nessa guerra com eles. A gente já tem outras guerras, não é isso? Então essa foi uma das causas: bom já que a gente não pode assinar um procedimento que realiza então a gente também não vai porque seria quebra de braço mesmo de lutar para conquistar esse espaço, mas a gente não tinha nem o direito de assinar por esse procedimento. Então foi uma das coisas que a gente recuou (G07).</p> <p>Que o importante para eles, seria o quê? Ganhar a AIH. Mesmo que eu fizesse como enfermeiro obstetra eu não iria ganhar nada, mas como eu estaria no plantão aquele parto que ele iria assinar nesse período aí não havia aquele problema de não acreditar porque o dinheiro eu acho que estava na frente (E13).</p> <p>A gente sabe que tem muita dificuldade. A parte financeira também é uma coisa que também é contra, porque na hora que ele recebe uma AIH já prejudica em outra, e por aí vai, mas eu sou a favor do enfermeiro</p>	<p><b>Sentindo desestímulo no exercício da profissão, pelo pagamento da produtividade.</b></p> <p>Causando superlotação de parturientes em maternidades que pagam produtividade ao médico;</p> <p>Gerando disputa de mercado (médico/enfermeiro, médico/médico) devido ao incentivo a produtividade;</p> <p>Causando impedimento do parto realizado pelo enfermeiro devido a produtividade paga ao profissional médico;</p> <p>A produtividade atrapalhando a atuação do enfermeiro;</p> <p>Passando a ser dos médicos os partos de baixo risco para o recebimento da produtividade;</p> <p>Desenvolvendo conflitos na relação médico/enfermeiro devido ao pagamento da produtividade;</p> <p>Priorizando a importância da produtividade em detrimento da qualidade na realização do parto.</p>
--	---



<p>obstetra dentro das maternidades (G08).</p>	
<p>[...] e se sentiam incomodados (médicos), aí botavam areia mesmo, para (a gente) não fazer nada. E quando realmente precisavam, eles falavam “Ei, vá ali, fazer aquele parto”! Mas era por necessidade deles, não do serviço (E04).</p> <p>Outros (médicos) tinham uma grande restrição a nossa atuação...começou o pro - labore, a produtividade então cada vez mais o campo foi fechando para o enfermeiro obstetra. E hoje em dia realmente é muito difícil acontecer de eu fazer um parto lá...As maiores barreiras são exatamente no nível local,e muitas vezes, a equipe médica...É claro que sempre existe aqueles médicos que são mais fechados para uma situação, (E05).</p> <p>A equipe médica.... Eles já têm o conceito deles formado e não tem essa visão holística da gente. É mais difícil de trabalhá-los (E06).</p> <p>[...] aqui a gente não tem tanta abertura, pelo fato dos médicos não trabalharem com a gente, com parceria, por eles verem a gente como um obstáculo para eles...Mas eu acho assim que para dar o primeiro passo todos os hospitais que ainda tem essa resistência de impedir que o enfermeiro obstetra atue,indique protocolo e ficar definido aquilo ali com a gestão geral do hospital para que a gente não tenha problema (E08).</p> <p>[...] eu acho que existe espaço para todo o mundo e que é preciso realmente regulamentar e saber as responsabilidades, os deveres e direitos de cada um, mas fundamental é que se trabalhe esta questão, que é uma questão meio cultural do profissional médico no que tange a permitir a responsabilização do enfermeiro, tanto no pré-</p>	<p><b>Encontrando resistência da equipe médica</b></p> <p>Sentindo que os médicos ficam incomodados com a presença do enfermeiro;</p> <p>Sentindo grandes restrições da equipe médica em relação a presença do enfermeiro;</p> <p>Sentindo que o médico se sente ameaçado devido o pró-labore;</p> <p>Sentindo que é mais difícil a atuação com o médico, a depender do seu grau de resistência;</p> <p>Sentindo o pré - conceito do médico às ações de humanização e a atuação do enfermeiro;</p> <p>Percebendo que os médicos veem o trabalho dos enfermeiros como obstáculos;</p> <p>Não tendo parceria com o médico na prática da obstetrícia;</p> <p>Percebendo a proibição de alguns hospitais quanto à atuação do enfermeiro;</p> <p>Sinalizando alternativas para mudar a realidade;</p> <p>Identificando a proibição do médico nas ações do enfermeiro na assistência ao parto;</p> <p>Desenvolvendo um trabalho figurativo de assistência ao parto realizado pelo enfermeiro</p>

<p>natal, como no parto e pós-parto e puerpério (G02).</p> <p>Bem aqui no Rio Grande do Norte a gente tem um trabalho figurativo. A gente participa de toda a assistência, do plano de assistência, dos cuidados, só que a gente não tem autonomia, dentro da sala de parto, não tem autonomia dentro centro cirúrgico...tem sim para ser burocrata, mas para cuidar de paciente na assistência direta como a gente aprendeu não tem essa autonomia (E 14).</p> <p>Porque a cultura de parto feito por enfermeiro ainda está difícil na cabeça de muitos médicos, até porque vem uma série de coisas, entre elas o médico sempre acha que é o mais sabido, é só ele que pode fazer. Outros acham que isso aí é só ato médico, outros acham que o enfermeiro faz, mas na hora da bronca tem que chamar o médico...(M02).</p>	
<p>Então eu acho importantíssimo que a gente sempre esteja se atualizando, porque muitas vezes a gente acaba se acomodando, na nossa profissão e a gente para não deixar a desejar para nenhum profissional, a gente tem que se capacitar sempre, e tornar seguro, no momento de fazer o parto, eu acho que o que falta muitas vezes é isso insegurança na hora de realizar porque muitas vezes a gente fica um pouco insegura lá, eu não sei se eu devo, sempre tem que perguntar ao médico se deve, ou não deve fazer, a gente tem que ter segurança enquanto enfermeiras, enquanto capacitadas obstetrias para realizar o que a gente é capacitado para fazer (E15).</p>	<p><b>Identificando falta de segurança na prática</b></p> <p>Necessitando se atualizar para o cuidado de enfermagem no parto;</p> <p>Percebendo a acomodação do enfermeiro obstetra;</p> <p>Precisando se tornar seguro para o desenvolvimento da assistência obstétrica;</p> <p>Identificando a insegurança do enfermeiro no parto</p>
<p>Todas as vezes que eu chego aqui no trabalho, que a minha chefe olha pra mim e diz assim: “Mas você vai tentar, você vai querer ir atrás disso?”(E04).</p> <p>Eu ainda não tenho oportunidade de ficar direto na sala de parto então eu acho que por isso minha atuação restringe um pouco pela minha escala não ser lá, não ser fixa na sala de parto (E05).</p>	<p><b>Percebendo falta de Apoio da Chefia Imediata e Instituição</b></p> <p>Sendo desestimulado pelo gerente de enfermagem a atuar na obstetrícia;</p> <p>Cumprindo a escala fora da obstetrícia.</p>

<p>Muitas vezes falta apoio dos gestores também; a gente não tem apoio dos gestores (E05).</p> <p>A gente sonhava em ter, a gente sonhava com essa estrutura montada onde nós tivéssemos um enfermeiro a disposição o dia todo para receber esse paciente e realizar esse parto nessa estrutura, só que até hoje a gente nunca foi atendida as solicitações e quando for fazer a reforma a gente tentou implantar isso aí, mas infelizmente, mais uma vez, a frustração, a gente não conseguiu (G07).</p> <p>Então assim pra gente dificulta muito porque o município e a instituição eles inclusive com o projeto da rede cegonha eles favorecem muito.... Exigem inclusive que a instituição tenha uma escala de enfermeiros obstetras e que esses enfermeiros venham a fazer o parto, porém não nos dá condição e muito menos o espaço estrutural para a gente realizar esse procedimento (G07).</p>	<p><b>Sentindo falta de apoio dos gestores</b></p> <p>Faltando enfermeiros obstetras para fechar a escala;</p> <p>Faltando estrutura física para viabilizar a prática do enfermeiro obstetra;</p> <p>Percebendo descaso dos gestores de saúde, quanto à operacionalização do enfermeiro nos partos;</p> <p>Identificando muito exigência dos gestores de saúde sem oferecer condições.</p>
<p>Hoje eu diria que no caso da realidade de Natal nós temos uma limitação estrutural, ou seja, nossos serviços são precários, estruturas antigas, inadequadas com sérios problemas estruturais, de manutenção, temos ainda dificuldades de suprimento e isso é um limitante que já adiciona, uma certa insegurança (G01).</p> <p>Bom o primeiro que eu vejo é a questão estrutural que não ajuda. Nós não temos aqui uma estrutura nem para o parto que a gente está fazendo hoje [...] (G07).</p> <p>Eu quero fazer um bom trabalho eu quero que a estrutura me dê condições de trabalhar e a gente sabe que as estruturas são precárias e o desafio maior que a gente tem hoje é a infraestrutura precária e os profissionais, que não estabelecem feedback (E14).</p>	<p><b>Apresentando dificuldades de estruturas físicas e material médico hospitalar</b></p> <p>Identificando dificuldades nas estruturas prediais das maternidades;</p> <p>Identificando dificuldades nas estruturas de manutenção predial e de equipamentos;</p> <p>Identificando dificuldades na aquisição de insumos hospitalares.</p>
<p>Ainda hoje eu acho que um dos grandes problemas das propostas de rede é que elas tem tido pouca efetividade (G01).</p>	<p><b>Identificando falta de efetividade na construção de redes</b></p>
<p>Que as capacitações do Ministério são muito ainda verticais e mesmo com o discurso de inserir nos serviços nem sempre tem se efetivado com quem está tocando a gestão (G01).</p> <p>O Ministério da Saúde eu acho que se eles tiverem a gente em números vai ser através do COREN que ultimamente nós tivemos que fazer inscrição com especialidade, porque não tinha nem para quantificar, nem para saber se</p>	<p><b>Faltando efetividade na política de capacitação do Ministério</b></p> <p>As capacitações são verticais;</p> <p>Faltando empenho dos gestores na viabilidade das capacitações;</p> <p>Faltando interesse do Ministério da Saúde no incentivo ao quantitativo de enfermeiros obstetras.</p>

<p>a gente está vivo ou morto, eles não sabiam (E14).</p>	
<p>Então infelizmente apesar da proposta ser muito bonita, ser o ideal, na verdade dentro do que nós podemos fazer hoje, mas eu acho que ainda faltam mais incentivos até do ponto de vista financeiro mesmo para que estrutura possa contribuir, para que esses profissionais possam ser capacitados e atualizados, e quem já tem capacitação estar passando por um novo processo...Eu acho que falta mais realmente mais incentivo palpável para que a coisa ela venha acontecer (G06).</p> <p>Eu acho que a política ela existe muito bacana no papel, mas ela é muito longe da gente. Ela não se aproxima. Quando a gente escuta alguém falar de parto humanizado, quando a gente consegue fazer alguém ouvir a gente já é assim, já é demais (E14).</p> <p>Realmente as políticas são muito bem desenhadas, só que o sistema... Ele não está acostumado; não conhece essas políticas. E o sistema não tem oferecido estrutura, nem próprio modelo convencional; quanto mais para esse modelo novo a ser construído (E06).</p> <p>Então fica difícil, entendeu para a gente atuar porque talvez no papel esteja tudo muito bonitinho, mas assim, na prática não temos condição, já até nos foi prometido uma reforma e essa reforma nós iríamos ter três suítes de PPP e que talvez o enfermeiro pudesse realizar o parto, quando a gente tivesse essas suítes. Só que até agora não chegou nada de reforma e a nossa estrutura é a mesma de há praticamente uns 10 anos atrás. Então praticamente não foi mudado nada. Entendeu? (G07).</p> <p>Eu vejo que estas políticas só é no papel, Cláudia. Eu não vejo nada...Olhe o Ministério da Saúde junto com Rede Cegonha e agora que chegou esta tal de rede cegonha que esta cegonha nunca baixa, e eu e Daguia a gente fala. Quando a gente está nas reuniões. Eu só queria vê um dia esta cegonha baixar porque esta cegonha, até hoje eu nunca consegui entender o que esta rede cegonha, entendeu? (E07).</p>	<p><b>Percebendo fragilidade nas políticas Ministeriais</b></p> <p>Identificando a proposta da Rede Cegonha como boa;</p> <p>Identificando a falta de incentivo da rede;</p> <p>Identificando falta de estruturas físicas;</p> <p>Identificando falta de capacitação;</p> <p>Identificando distanciamento das normativas da política e a realidade das maternidades;</p> <p>Identificando a falta de sintonia entre teoria e prática;</p> <p>Faltando estrutura física que viabilize a atuação do enfermeiro obstetra;</p> <p>Percebendo dificuldades de operacionalização da Rede Cegonha.</p>
<p>Principalmente o quantitativo desses profissionais, ou seja, profissionais qualificados nessa área (G05).</p> <p>Aqui no Ana Bezerra a gente tem uma equipe de enfermagem heterogenia porque só parte dos enfermeiros faziam esse tipo de</p>	<p><b>Diagnosticando a desproporção do quantitativo de enfermeiros obstetras atuantes e dos médicos obstetras</b></p> <p>Faltando enfermeiros obstetras atuando nas maternidades do RN;</p> <p>Percebendo a atuação dos enfermeiros</p>

<p>assistência e como eles normalmente tinham outras atribuições dentro do plantão, a gente acabava assumindo de uma maneira geral e o enfermeiro ficava como suporte quando a equipe tava em outros procedimentos (M04). Na realidade se existe um quantitativo de enfermeiros obstetras para fazer parto eu não visualizaria nenhuma dificuldade, porém atualmente só existem dois enfermeiros obstetras para a sala de parto no complexo obstétrico do (hospital) Santa Catarina. Então assim, mesmo que a gente pudesse fazer parto, os dois enfermeiros obstetras realizariam porém iria ficar deficiente em algum horário porque os dois enfermeiros obstetras não cobriria as 24 horas da assistência obstétrica (G04).</p> <p>Porque na nossa unidade a gente sempre foi favorecido com o quantitativo de médicos, que nos dificultava realizar esse parto. Em outras unidades a gente tem conhecimento que era uma prática comum e natural a realização de parto pelo enfermeiro, certo, aqui nós já tínhamos essa dificuldade, então, assim, isso dificultou mais ainda a nossa atuação (G07).</p> <p>Então assim, o nosso contingente, a quantidade de enfermeiros obstetras está pequena e isso implica em diminuir nossa força para lutar pelo nosso espaço. Aqui nós temos em torno de 31 enfermeiros onde 5 ou 6 são enfermeiros obstetras. Então assim, fica muito difícil a gente lutar pelo nosso espaço. As dificuldades são maiores para uma quantidade pequena de profissionais (G07).</p>	<p>obstetras em outras atividades;          Visualizando a necessidade do enfermeiro obstetra cobrindo escalas ininterruptas;          Identificando um bom quantitativo de médicos nas realidades onde o enfermeiro tem dificuldade de atuação;          Precisando de mais enfermeiros para a atividade técnica assistencial e para a conquista dos espaços;          Identificando a desproporção na relação quantitativa médico obstetra/enfermeiro obstetra.</p>
<p>Mas assim não existe hoje infelizmente esse campo mais para a enfermagem, pelo menos aqui na maternidade, não, não existe uma rotina a esse respeito, O enfermeiro presta os cuidados de enfermagem mais gerais a mãe ao RN, mas não a realização propriamente dita do parto. Isso aí não tem (E04).</p> <p>Atualmente assim, nós estamos praticamente sem espaço, apesar da prefeitura e da instituição, no papel, cobrar isso e exigir um número de enfermeiros na instituição, mas estamos completamente sem espaço. Fazemos alguns partos bem emergenciais, entendeu, mas, desde a conclusão do curso nós estamos sem atuar porque não temos mais espaço [...] Eu acredito que a gente tem que lutar por esse espaço, MS tem que existir uma conscientização das outras categoria,</p>	<p><b>Observando a falta de espaço para a prática do enfermeiro</b>          Identificando falta de organização do serviço e dos enfermeiros para a viabilização da atuação;          Percebendo uma atuação de enfermagem oportunista por parte dos médicos e da instituição;          Faltando maior conscientização/ação do MS;          Precisando acreditar no papel do enfermeiro na realização dos partos;          O médico não deixa o enfermeiro atuar no parto;          Identificando que mesmo tendo enfermeiros o médico não permite a atuação.</p>

<p>entendeu, de acreditar no nosso papel (G07). Então em outras unidades por conta dessa polarização é muito difícil, o obstetra assume e não permite a condução, chama para si a responsabilidade da condução e não permite a atuação do enfermeiro obstetritz. É isso que a gente vê na prática (M01).</p> <p>Então a gente vê que lá tem os enfermeiros obstetras no hospital, mas muitos não atuam, não tem....tem resistência principalmente por parte da equipe médica em relação a atuação dos enfermeiros (M03).</p>	
<p>[...] aí eles passam a acreditar que aquelas práticas de violência obstétrica no cotidiano é rotina e é normal (E06).</p> <p>Tem muitos médicos que fazem partos terríveis, partos laboriosos sem condição nenhuma, mas tem o nome de médico, tem um CRM, está autorizado a fazer aí termina fazendo coisas que assim são completamente inadequadas para ser feito com aquela paciente (M02).</p> <p>[...] a mulher que tinha que ficar na cama, a mulher que tinha que ficar de lado, a mulher que não podia tomar água (E07).</p> <p>O médico é mais intervencionista e a gente tenta fazer de tudo para que o parto seja tranquilo. A gente usa várias maneiras para que o parto se torne bem tranquilo que não tenha nenhuma intervenção (E02).</p> <p>Alguns anos atrás teve um curso de MIDWIFE aqui, eu fiz esse curso, mas eu acho que quando eu iniciei como enfermeira obstetra, eu ainda trabalhava muito no modelo médico; naquele modelo assim... mais intervencionista (E04).</p> <p>[...] voltado exclusivamente para enfermeira, tanto para a realização do parto como para o treinamento de outros profissionais da enfermagem e hoje isso em função da alta rotatividade e da alta demanda e muitas vezes do intervencionismo excessivo na paciente se perdeu (G02).</p> <p>[...] eu acompanhei ela durante todo o trabalho de parto e lá na polícia o pessoal era meio, meio bruto, os médicos (E08).</p> <p>[...] era uma luta com relação aos obstetras porque alguns nos davam apoio, mas outros tinham uma grande restrição a nossa atuação (E05).</p> <p>Com os médicos obstetras sempre há esses problemas, que já aconteceu, até de chegar a óbito enquanto que se talvez procurasse</p>	<p><b>Percebendo a violência obstétrica</b></p> <p>Tendo dificuldade do médico em identificar o procedimento como violência obstétrica;</p> <p>Tendo a violência obstétrica como rotineiro e natural, realizada pelo médico;</p> <p>Identificando partos laboriosos, violentos realizados pelo médico;</p> <p>Identificando procedimentos inadequados realizados pelos médicos;</p> <p>Identificando que o médico pode ter procedimentos laboriosos e violentos na concepção deles;</p> <p>Realizando imposições à mulher no parto;</p> <p>Tirando o protagonismo da mulher;</p> <p>Deixando a mulher fragilizada;</p> <p>Restringindo as necessidades fisiológicas da mulher;</p> <p>Sinalizando o modelo médico como intervencionista;</p> <p>Tendo brutalidade com a mulher no parto;</p> <p>Desconsiderando a presença do enfermeiro;</p>

entender mais a conduta do enfermeiro quando dissesse que realmente....procurasse uma equipe e acreditar que o enfermeiro tem conhecimentos tanto científico como com a experiência que vale bastante.....(E13).	
--	--

Fonte: Elaborado pela pesquisadora principal

PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA CATEGORIA – A categoria 3 foi construída a partir do Quadro 16, ou seja, da construção dos elementos (dados diversos da entrevista) e conseqüentemente da codificação aberta. O resultado desse processo está contido no Quadro 17 a seguir:

Quadro 17 - Vivenciando desordens na prática do cuidado do enfermeiro obstetra

COMPONENTES	SUBCATEGORIAS	CATEGORIA
<b>Vivenciando falta de autonomia na prática do enfermeiro</b> <b>Identificando falta de segurança na prática</b> <b>Observando a falta de espaço para a prática do enfermeiro</b>	VIVENCIANDO UMA RELAÇÃO DE AUTONOMIA/DEPENDÊNCIA NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA	<b>VIVENCIANDO DESORDENS NA PRÁTICA DO CUIDADO DO ENFERMEIRO OBSTETRA</b>
<b>Encontrando resistência da equipe médica</b>	IDENTIFICANDO O PODER MÉDICO NO PROCESSO DE PARTO DURANTE A PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA	
<b>Sentindo falta de apoio dos gestores</b> <b>Sentindo desestímulo no exercício da profissão pelo pagamento da produtividade</b> <b>Faltando efetividade na política de capacitação do Ministério</b> <b>Diagnosticando a desproporção do quantitativo de enfermeiros obstetras atuantes e dos médicos obstetras</b> <b>Apresentando dificuldades de estruturas físicas e material médico</b>	IDENTIFICANDO AS FRAGILIDADES NOS PROCESSOS DE GESTÃO	

hospitalar Percebendo falta de Apoio da Chefia Imediata e Instituição Percebendo fragilidade nas políticas Ministeriais		
Identificando falta de efetividade na construção de redes	PERCEBENDO POUCA EFETIVIDADE NA CONSTRUÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA	
Vivenciando sentimentos negativos na prática obstétrica.	VIVENCIANDO SENTIMENTOS NEGATIVOS DO ENFERMEIRO OBSTETRA.	
Percebendo a violência obstétrica	CONSTATANDO A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PROCESSO DE PARTO VIVENCIADO NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO.	

Fonte: Elaborado pela pesquisadora principal

**A CATEGORIA VIVENCIANDO DESORDENS NA PRÁTICA DO CUIDADO DO ENFERMEIRO OBSTETRA é constituída pelas SUBCATEGORIAS VIVENCIANDO UMA RELAÇÃO DE AUTONOMIA/DEPENDÊNCIA NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA, IDENTIFICANDO O PODER MÉDICO NO PROCESSO DE PARTO DURANTE A PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA, IDENTIFICANDO AS FRAGILIDADES NOS PROCESSOS DE GESTÃO, PERCEBENDO POUCA EFETIVIDADE NA CONSTRUÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA, VIVENCIANDO SENTIMENTOS NEGATIVOS DO ENFERMEIRO OBSTETRA, CONSTATANDO A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PROCESSO DE PARTO VIVENCIADO NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO.**

A SUBCATEGORIA VIVENCIANDO UMA RELAÇÃO DE AUTONOMIA/DEPENDÊNCIA NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA se constituiu dos componentes: **Vivenciando falta de autonomia na prática do enfermeiro; Identificando falta de segurança na prática; Observando a falta de espaço na prática do enfermeiro.**

A SUBCATEGORIA IDENTIFICANDO O PODER MÉDICO NO PROCESSO DE PARTO DURANTE A PRÁTICA DO



ENFERMEIRO OBSTETRA é constituída pelo componente: **Encontrando resistência da equipe médica.**

A SUBCATEGORIA IDENTIFICANDO AS FRAGILIDADES NOS PROCESSOS DE GESTÃO é constituída pelos componentes: **Sentindo falta de apoio dos gestores; Sentindo desestímulo no exercício da profissão pelo pagamento da produtividade; Faltando efetividade na política de capacitação do Ministério; Diagnosticando a desproporção do quantitativo de enfermeiros obstetras atuantes e dos médicos obstetras; Apresentando dificuldades de estruturas físicas e material médico hospitalar; Percebendo falta de apoio da chefia imediata e da instituição; Percebendo fragilidade nas políticas ministeriais.**

A SUBCATEGORIA PERCEBENDO POUCA EFETIVIDADE NA CONSTRUÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA é constituída pelo componente: **Identificando falta de efetividade na construção de redes.**

A SUBCATEGORIA VIVENCIANDO SENTIMENTOS NEGATIVOS DO ENFERMEIRO OBSTETRA é constituída pelo componente: **Vivenciando sentimentos negativos na prática obstétrica.**

A SUBCATEGORIA CONSTATANDO A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PROCESSO DE PARTO VIVENCIADO NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO é constituída pelo componente: **Percebendo a violência obstétrica.**

No Estado do Rio Grande do Norte os enfermeiros têm dificuldade de atuação na maioria das maternidades. Eles possuem a formação específica de especialista, mas não conseguem desenvolver o trabalho no acompanhamento, evolução e realização do parto de baixo risco. Eles atuam como o enfermeiro generalista, apenas ajudando o médico, nunca conduzindo o parto. Dessa forma, sentem-se frustrados por serem capacitados, competentes, mas impedidos de atuar, principalmente devido ao poder médico.

De fato, esse poder do médico e o seu domínio como o principal profissional da saúde dificultam o desenvolvimento de um trabalho integrado com os outros profissionais, e, se estes enfermeiros obstetras demonstrarem ameaças em relação aos espaços de atuação, o contexto torna-se complicado. Os participantes da pesquisa identificaram que o ato médico interferiu negativamente, com relação ao cuidado de enfermagem no parto, pois eles passaram a questionar todos os procedimentos realizados pelos vários profissionais e, na obstetria, em

relação ao enfermeiro, isso se tornou visível. O preconceito se faz presente em relação ao cuidado do enfermeiro no parto.

Ainda como fator negativo, na visão dos entrevistados, está o pró-labore fornecido aos médicos por parto realizado, conhecido também como pagamento por produtividade. Esta realidade desvirtua o trabalho dos profissionais, quando um impede o trabalho do outro, para poder ter um salário diferenciado. Infelizmente essa realidade também é maléfica para as parturientes, pois, na expectativa de realizar muitos partos, os médicos podem acelerá-los, através de procedimentos às vezes contraindicados pela OMS, além das maternidades que pagam a produtividade ao profissional receberem um número maior de partos, causando a superlotação.

Como consequência, os enfermeiros são impedidos de realizar os partos nas maternidades que pagam produtividade para o médico que realiza o procedimento. Esse aspecto caracteriza também a dificuldade da gestão, que, mesmo com orientações da Rede Cegonha, e as normativas, fragilizam a presença do enfermeiro no parto. Os enfermeiros têm enfrentado a falta de interesse dos próprios gestores do cuidado e gerentes de enfermagem, quando não priorizam a participação do cuidado desses enfermeiros no centro obstétrico. A ausência do profissional na assistência ao parto enfraquece a sua atuação. Ele fica distante do espaço que precisa ser conquistado diuturnamente. Os diretores de hospitais têm dificuldades em priorizar a presença do enfermeiro nos partos de baixo risco. Os gestores de saúde, apesar de apresentarem um discurso de defesa do parto realizado pelo enfermeiro obstetra, também não operacionalizam as condições para que viabilizem a sua atuação. O pró-labore talvez seja um dos principais entraves, que deve ser repensado pelos gestores de saúde. Nesse contexto, também há acomodação dos enfermeiros, que se recusam em perceber a importância da conquista de espaços.

Vários fatores contribuem para realidade apresentada nos depoimentos. A própria forma de desenvolver o trabalho, às vezes, dificulta o exercício da prática. A competência técnica é fundamental para a conquista dos espaços. Estar também na luta e na construção dos processos assistenciais é fundamental para a marcação de espaços de atuação. Então, percebemos que o enfermeiro deve querer atuar e para isso deverá estar sensível e preparado para o enfrentamento das dificuldades. Outro aspecto encontrado é o medo peculiar dos enfermeiros no cuidado ao parto. Este fator tem causado prejuízo importante, pois gera a acomodação e a não realização dos partos. O medo de assumir as prováveis complicações e a possibilidade de

assumir erros têm afastado os enfermeiros do cuidado no parto. A postura do médico contribui também para esse sentimento, já que o enfermeiro vivencia um isolamento quanto ao apoio do médico nos processos assistenciais. A responsabilidade dos procedimentos é do profissional que realiza e não há como fugir dessa realidade.

Os enfermeiros percebem também que em seu processo de trabalho, muitas vezes, sentem-se tristes, insatisfeitos, revoltados e limitados, pois não podem avançar em determinadas condutas, ou pela questão da legalidade da profissão, ou pela limitação do próprio serviço e profissionais médicos, causando uma espécie de frustração. Os médicos, em algumas realidades, ainda se sentem incomodados com a atuação do enfermeiro obstetra, a não ser quando é de interesse dele, e, então, neste momento, é permitida a atuação. Assim, diante da impotência em sua atuação, o enfermeiro sente angústia, quando se depara com uma situação em que a conduta poderia ser diferente, se prestada por ele: menos intervencionista e menos medicalizada.

Outros fatores ainda contribuem negativamente para a realidade apresentada, como a falta de estrutura física das maternidades, bem como a falta de insumos, manutenção de estruturas e equipamentos da saúde. Outro aspecto de destaque é a dificuldade de se construir redes assistenciais integradas que favoreçam melhor organização de sistemas e fluxos na assistência obstétrica para o Estado do Rio Grande do Norte. As capacitações oferecidas pelo Ministério da Saúde são ainda verticalizadas, não causando o impacto esperado para o sistema.

Seguindo ainda com as dificuldades que os enfermeiros enfrentam em sua jornada, encontra-se a violência obstétrica, presente nas maternidades. Porém, muitas vezes, considerada pelos profissionais de saúde e principalmente pelo médico obstetra, que tem em seu processo de trabalho o domínio de intervenções, um processo natural. Os relatos apontam que essa violência já se torna banalizada e os profissionais não mais conseguem enxergá-la como uma atitude desvirtuada de atenção ao parto. Por outro lado, os enfermeiros se sentem impotentes devido à falta de espaço e autonomia em algumas maternidades do Rio Grande do Norte.

As desordens existentes no processo de trabalho do enfermeiro obstetra têm contribuído negativamente para o exercício da profissão. Estar atento e tecnicamente seguro é um dos caminhos para a superação das desordens. Vivenciar a competência política é necessário para proporcionar mudanças.

#### 7.1.4 Categoria 4 – Construindo estratégias para o fortalecimento da enfermagem obstétrica do rio grande do norte.

Apresentaremos a quarta categoria que representa as estratégias de ação/interação relativas ao fenômeno.

Quadro 18 - Construção das subcategorias a partir dos elementos (dados) – categoria 4

Declaração dos entrevistados	Codificação
<p>[...] primeiro partindo da gestão. Eu acho que se a gestão está sensibilizada para esta prática que ressurge com a enfermagem obstétrica [...] Então assim, eu acredito que se a gestão de saúde como secretaria de saúde, gestão de hospital tiver essa sensibilização e tiver esse aprimoramento da enfermagem obstétrica a gente teria uma melhor condição para fazer uma assistência obstétrica com boas práticas. (G04)</p> <p>Estamos trabalhando na perspectiva também de ter centro de parto normal com atenção obstétrica pelo pessoal de enfermagem com enfermeiro obstetra [...] E a gente está pretendendo trabalhar realmente na perspectiva no modelo de centro de parto normal, dos referenciais, dos protocolos, experiência em serviço para que a gente possa em médio e longo prazo ir institucionalizando esse tipo de serviço e essa prática obstétrica que nós consideramos que ela precisa ser iniciada com bastante sustentação e segurança, principalmente pra enfrentar as digamos assim, os questionamentos que a gente sabe que virão por qualquer possibilidade de insucesso ou ocorrência que venha a ter e que pode ocorrer em qualquer prática profissional e que venha a tentar depois inviabilizá-la (G01).</p> <p>Quando a unidade não tem (protocolo) fica difícil do enfermeiro desencadear alguma mudança permanente, porque muitas vezes quando a gente dá as costas, se a mudança não é permanente a coisa desanda e então eu creio que a gente nesse sentido do administrativo consegue muita coisa. E com a assistência nem se fala? (E06).</p> <p>Nós agora estamos montando (protocolo) e vamos montar o nosso de enfermeiro obstetra. No momento, a gente segue o do médico, que tem a ver com o nosso por quê? Existem coisas que você tem que fazer, de acordo com</p>	<p><b>Tendo interesse da gestão na prática da enfermagem obstétrica</b> Envolvendo a gestão de saúde, a gestão das maternidades no incentivo ao parto realizado pelo enfermeiro.</p> <p>Criando espaços de atuação do enfermeiro (centros de parto normal) Reconhecendo o papel do enfermeiro obstetra para mudança de prática; Institucionalizando a atuação do enfermeiro; Dar sustentação de viabilidade a prática do enfermeiro obstetra; Preparando- se para os enfrentamentos;</p> <p>Incentivando a elaboração de protocolos assistenciais; Direcionando o processo de trabalho do enfermeiro obstetra através dos protocolos; Gerenciando o cuidado pela construção e acompanhamento dos protocolos assistenciais;</p> <p>Selecionando e preparando a equipe para as boas práticas no parto; Tendo que ter perfil para atuar no parto;</p>

<p>o protocolo assistencial. A gente precisa apenas acrescentar o nosso, e existem algumas coisas que a gente faz que eles não fazem (E03)</p> <p>O enfermeiro obstetra, assim como qualquer outro inserido no âmbito da enfermagem, ele tem que se nortear por protocolos e ultimamente nós estamos com protocolos riquíssimos, atualizados, voltados para a saúde integral da mulher, incluindo desde a sua vida reprodutiva principalmente no seu momento do parto, não só no momento do parto como intervenções cirúrgicas, como curetagem, aborto (E10).</p> <p>Eu acredito nisso, quando você não prioriza qual a equipe que você está colocando no seu serviço, termina em um modelo fadado que a gente tem aqui no estado, em ‘n’ modelos; que não vai acontecer nada, o gestor não vai brilhar nunca, e a qualidade do serviço, também não vai ser boa nunca, porque o diploma, quase todo mundo tem, de obstetrícia, de obstetriz, ou de obstetra, mas e o dom esse é o que faz a diferença, o amor. O segredo é esse (E06).</p> <p>[...] associada à publicação de portarias de equipe mínima e que você regulamente o exercício da enfermagem na obstetrícia e estabeleça quais são os critérios mínimos para que determinados serviços possam contar com esse tipo de alternativa ao parto e aí você fechar essa corrente, sem aspas, sem arestas e sem solução de continuidade...você precisa ter a publicação das portarias e das políticas que norteiam e estabelecem de forma protocolar esse tipo de atuação (G02).</p> <p>O maior desafio é essa articulação e coordenação de ações, de pessoas, serviços, inclusive na perspectiva do serviço de atenção obstétrica poder ter matriciamento e interação com os serviços que fazem o pré-natal e principalmente o pós natal [...] então essa construção elos, dos vínculos, da responsabilização entre os serviços eu acho que é o maior desafio que a gente tem para realmente dar efetividade ao discurso de rede porque não é fácil diante da própria, dos próprios limites que uma gestão de um serviço tem, ainda mais uma gestão de rede que pressupõe articulação, coordenação e interação entre sujeitos que precisam estar motivados e aderidos, que compreendam (G01).</p>	<p>Criando portarias para definir a exigência de enfermeiro na atenção ao parto;</p> <p>Construindo redes de assistência ao parto; Promovendo articulação entre os serviços; Promovendo o matriciamento entre os serviços; Promovendo vínculos dos pacientes com os serviços obstétricos; Incentivando as motivações no trabalho;</p> <p>Viabilizando hospitais de retaguarda para os partos de risco habitual realizada pelo enfermeiro; Promovendo segurança para o enfermeiro e parturiente com as maternidades de retaguarda;</p> <p>Viabilizando os consórcios intermunicipais de saúde; Dando o direito à mulher de realizar o parto nas proximidades de sua casa;</p> <p>Garantindo transporte de qualidade para o transporte da parturiente;</p> <p>Fortalecendo o papel do enfermeiro no parto; Sensibilização dos médicos para o trabalho do enfermeiro obstetra;</p>
---	---

A primeira questão é que nós precisamos ter uma rede de retaguarda de maternidades prontas a dar assistência para que esses partos de risco habitual possam ser feito com mais segurança e de forma descentralizada tirando estas pacientes da necessidade destas pacientes terem que ser encaminhadas para os grandes centros e grandes cidades para terem o direito de terem seus filhos. Então a primeira coisa que a gente precisa é ter uma rede de maternidades de retaguarda em pontos estratégicos (G02).

A gente inicialmente começou tentando resguardar as maternidades de alto risco que tinham uma utilização completamente errônea com pacientes de baixo risco, sendo encaminhadas e competindo por espaço com pacientes de alto risco dentro de maternidades de referência (G01).

[...] se os municípios por si só não tem condição de estabelecer uma equipe mínima para a realização do parto é fundamental que eles possam se consorciar, consórcios intermunicipais de saúde pública para que a mulher tenha o direito de no momento mais sublime de sua vida tenha a dignidade de parir, se não no seu município, mas o mais próximo possível dele para que aja a possibilidade da visitação, para que o esposo possa acompanhar, os demais filhos possam estar presentes...(G01).

...você precisa ter a capacidade, a capilaridade de transporte e caso esse parto não tenha uma evolução favorável...uma coisa que a gente precisou fazer antes de tudo isso era garantir a capilaridade do transporte através do SAMU que foi a primeira iniciativa que nós tivemos que era assegurar que todas essas regiões aonde não vamos trabalhar com o parto humanizado tenham a possibilidade de um transporte de qualidade para quando houver efetivamente a necessidade dessa criança ser referenciado para uma unidade de maior complexidade (G01).

Mas eu acho que deve existir uma sensibilização dos meus colegas médicos frente ao trabalho das enfermeiras e para que isso aconteça eu acho que também os enfermeiros, eles tem que se coloca mostrando a sua capacidade tanto em trabalhar em equipe como condições técnicas para conduzir o parto natural (M06).

<p>Eu estou aqui há 22 anos e para conquistar esse meu espaço tenho um certo respeito diante os meus colegas de trabalho foi com muito sacrifício, muita briga, muita luta e que hoje eu vejo um reconhecimento não só deles como da própria população (E09). [...] eu consigo construir uma relação com os médicos de respeito, de confiança onde você é ouvida na verdade, sua informação ela tem valor, sua opinião tem valor e confiança (E11).</p> <p>Não, a gente administra, a gente executa, a gente ensina... É serviço. Então, precisa do enfermeiro se imbuir de tomar esse mercado pra ele... Tá aí o mercado. A gente aqui, não está pegando. Quem pegou está com ele, na mão... E quem não pegou, vai sofrer, porque não sei em que realidade está vivendo, certo? Precisa de um enfermeiro, ir lá [...] (E06).</p> <p>É a discussão junto com a equipe, porque mesmo sendo uma equipe mínima onde falta o pediatra, mas que tenha apenas o obstetra, mas essa equipe ela participa porque se houver alguma intercorrência eu vou olhar para ele e dizer lembra daquela paciente que eu recebi com risco habitual e de repente se transformou num risco e eu preciso da sua intervenção. Então fica fácil estabelecer uma parceria e fazer um trabalho de um bom resultado. É mais fácil (E14).</p>	<p><b>Conquistando espaços da enfermagem obstétrica</b></p> <p>Desenvolvendo a conquista dos espaços; Construindo relação e interação com a equipe médica. Conquistando a confiança dos médicos; Tendo um trabalho integrado com os médicos; Aproveitando as oportunidades no processo de conquista; Tendo determinação para conquistar espaços; Tendo condições de conquistar os espaços; Desenvolvendo o trabalho de parceria com o médico; Pactuando processos assistenciais com o médico; Respeitando a autonomia e os processos de trabalho do médico e enfermeiro;</p>
---	--

<p>O Ministério da Saúde elaborou e está aí lançando e está chamando a atenção dos enfermeiros obstetras para seguir e no que a gente segue este protocolo a gente consegue uma maior autonomia inclusive na profissão e também consegue um maior respaldo na questão dos resultados com essa paciente (E11).</p> <p>A gente consegue acompanhar a parturiente em todos os períodos: do pré-parto, parto e puerpério... (E03).</p> <p>Eu parto a paciente, faço partograma, partejo, acompanho, faço parto, sou da docência, também, tanto da residência multi, [...] como da residência médica, eu fico com os doutorandos de medicina, acompanho... Então, aqui na maternidade, realmente eu atuo plenamente, tenho autonomia, não tenho problema nenhum com a equipe (E04).</p> <p>Eu acho que a tendência é essa porque com o avanço das políticas públicas eu acho que o enfermeiro realmente tenha mais autonomia e ganhe mais força dentro das instituições de saúde e que a gente realmente possa desenvolver nosso trabalho de forma independente e responsável para com o paciente. (E15).</p>	<p><b>Desenvolvendo autonomia na prática da enfermagem obstétrica</b></p> <p>Seguindo as orientações do Ministério da Saúde;</p> <p>Seguindo os protocolos e normativas do MS;</p> <p>Preocupando-se com o respaldo técnico;</p> <p>Desenvolvendo a competência técnica;</p> <p>Acompanhando com responsabilidade a evolução do trabalho de parto;</p> <p>Realizando o parto com segurança;</p> <p><b>Ensinando aos alunos de medicina o parto humanizado</b></p> <p>Tendo autonomia com os alunos de medicina;</p> <p>Desenvolvendo independência na atuação;</p> <p>Desenvolvendo responsabilidade na profissão.</p>
<p>Eu não sei se tinha como, mas o Estado poderia se adequar também a essa questão da enfermeira obstétrica. No (hospital) Santa Catarina tem uma demanda muito grande [...] Eu acho que o Estado devia interagir, colocar também enfermeiro obstetra no serviço público estadual principalmente no (hospital) Santa Catarina. Ia ajudar e muito porque tem muito baixo risco lá (M07).</p>	<p><b>Disseminando a prática da enfermagem obstétrica para o Estado</b></p> <p>Percebendo a necessidade de disseminar a prática da enfermagem obstétrica;</p> <p>Sendo reconhecida pelo médico a prática da enfermagem obstétrica;</p> <p>Sentindo necessidade do RN ter enfermeiros obstetras em todas as maternidades;</p> <p>Reconhecendo que o enfermeiro iria ajudar muito nos partos de baixo risco.</p>
<p>A interação, eu acho que melhorou muito também, quando a gente começou a interagir principalmente com os alunos de medicina, porque o nosso maior problema, é que eles acham que a gente toma os partos, que a gente fica competindo com ele, pelas pacientes, e depois que a gente começou, que eu fui pra docência, comecei a dar aula, e a gente começou a trabalhar em equipe... Então eles têm uma visão diferente, que não é de tomar o parto (E04).</p> <p>e os residentes eram muitos verdinhos e quantas vezes eu ensinei os estudantes de medicina a fazer um parto normal e assim os doutorandos de medicina eu comecei a introduzir o parto sem episiotomia porque no</p>	<p><b>Mostrando para os alunos de medicina a importância do trabalho em equipe e atuação do enfermeiro obstetra</b></p> <p>Quebrando barreiras com os alunos de medicina;</p> <p>Desmistificando o preconceito que os alunos de medicina têm da atuação do enfermeiro obstetra;</p> <p>Trabalhando em equipe com os alunos de medicina;</p> <p>Ensinando os residentes de medicina;</p>



<p>início não eu era intervencionista (E07).</p> <p>Geralmente a gente combina com os médicos: “Não vamos colocar ocitocina agora, não! Vamos esperar realizar amniotomia, esperar a contração regular!”. E assim... Dependendo, de quem for a equipe, a gente consegue esperar mais; para não colocar soro; deixar a paciente livre para andar; a alimentação é uma dieta líquida, que a gente oferece aqui, aí consegue..... Os métodos não farmacológicos de alívio para a dor, que a gente geralmente é quem trabalha agora a gente está inserindo o doutorando de medicina, mas a maior parte são os enfermeiros obstetras (E04).</p>	<p><b>Demonstrando para os médicos boas práticas na assistência ao parto.</b></p> <p>Pactuando com os médicos as boas práticas; Mostrando para os alunos de medicina a importância da paciência; Evitando fazer amniotomia, colocar soro (ocitocina); Permitir e incentivar a deambulação; Permitir dieta; Oferecer as técnicas não farmacológicas de alívio da dor; Inserindo os doutorandos de medicina nesses processos.</p>
<p>Porque eu acho assim se houvesse parceria (com os médicos) melhoraria o serviço da gente, melhoraria o serviço deles, até diminuiria o serviços deles que eles reclamam que são sobrecarregados, mas ao mesmo tempo não tem essa parceria com a gente, então acaba que muitas vezes a gente fica com medo (E08).</p> <p>A maternidade de Felipe Camarão ela vem atuando mais próximo dessa ideia da atenção, da perspectiva do centro de parto normal, mas é uma decisão ainda a ser construída e implementada, exatamente para você garantir o pessoal, as condições e a retaguarda da atenção médica ,quando necessária pela dificuldade e que temos ainda nessa relação, mas é essa um pouco a perspectiva que nós estamos trabalhando (G01).</p> <p>Você precisa ter as maternidades de retaguarda para aquelas necessidades em que o parto é de baixo risco ou parto de risco habitual não tenham a evolução esperada e que precise de uma intervenção aí sim uma intervenção da equipe multidisciplinar com a participação do médico seja por via baixa o parto operatório a fórceps ou a cesárea (G02). Então se a paciente que está dentro do pré-parto, já triada como baixo risco tem um acompanhamento de perto pelo profissional capacitado, pelo enfermeiro obstetra, principalmente a questão da vitalidade fetal e o acompanhamento dentro do processo de dilatação e do trabalho de parto de uma maneira em geral eu me tranquilizo e posso desenvolver outras atividades com mais tranquilidade (M04).</p> <p>Eu acho que tem que ser um trabalho lento, um trabalho manual, sobremaneira educativo, um trabalho de parceria (M01).</p>	<p><b>Identificando a necessidade de parceria e integração com a equipe médica.</b></p> <p>Percebendo a necessidade de parceria;</p> <p>Diminuindo o trabalho do médico, se o enfermeiro estiver presente nos partos de baixo risco;</p> <p>Implementando as CPN para a atuação do enfermeiro;</p> <p>Sendo o médico a retaguarda;</p> <p>Identificando a necessidade de ambientes específicos para o baixo risco com a retaguarda do ambiente de risco, se for necessário;</p> <p>Identificando a confiança do médico obstetra no enfermeiro obstetra nas maternidades onde o enfermeiro tem autonomia;</p> <p>Conquistando a parceria com tranquilidade.</p>

<p>Eu vejo a atuação da enfermeira obstétrica uma coisa assim extremamente importante, mas de um trabalho em parceria e trabalhando no local que realmente possa oferecer segurança para ela desenvolver o trabalho dela (M05).</p>	
<p>Eu acho que a gente deveria enquanto classe, eu acho que a gente deveria se unir mais, retomar a ABENFO, eu acho que a ABENFO é o ponta pé para muita coisa (E04).</p> <p>Eu acho que a enfermagem obstétrica tem que se reunir, tem que se fortalecer. Uma articulação de rede dos enfermeiros obstetras, uma articulação da ABENFO, do COREN, ABEN. Todos eles se reunirem e aproveitar esse momento que o ministério está nos dando que na verdade é um programa de governo, mas a gente tem que agarrar e consolidar essa oportunidade para fazer um plano de governo e não do atual governo e que ele seja contínuo para todos os governos (G04).</p>	<p><b>Reconhecendo a importância da ABENFO, COREN, ABEN apoiadora e norteadora das políticas relacionadas a atuação do enfermeiro.</b></p> <p>Devendo se fortalecer enquanto profissão; Devendo promover melhor articulação com a ABENFO e a ABEN; Devendo envolver o COREN nas discussões de conquista da enfermagem obstetra; Identificando a necessidade de ações conjuntas da AFENFO, ABEN e COREN no fortalecimento da enfermagem obstétrica.</p>
<p>E a gente precisa habilitar essas pessoas que tiveram a oportunidade de fazer o curso, mas não tiveram a oportunidade de praticar (E0 4). O que eu acho que a gente precisa é ter o pessoal qualificado e motivado porque nós temos algumas profissionais da enfermagem que faz a formação, mas como não entra em exercício com o tempo ela fica insegura e como há toda uma digamos assim, uma, quase que ameaça de que essa prática não seria reconhecida, que esta prática não seria legitimada, traz uma certa insegurança, então eu acho que a gente precisa criar as condições políticas e institucionais e de operação dos serviços que eu acho que o modelo do centro de parto normal traz (G1).</p> <p>Pela parte do enfermeiro em relação ao parto eles têm que ter um pouco mais de segurança e eu acho que a segurança ela vem pela capacitação, não só pela capacitação mas pelo aumento no número de partos, por eles se sentirem apoiados pelos profissionais médicos, ou seja, se sentirem parceiros. Acho que isso aí já melhoraria muito (M06).</p> <p>Aí neste caso eles se capacitarem e se tornarem mais atuantes. E a capacitação propriamente dita [...] os enfermeiros se sentirem mais confiantes e preparados para a realização do procedimento, para a realização do parto (E16).</p>	<p><b>Precisando habilitar os enfermeiros que não têm a prática</b></p> <p>Habilitando enfermeiros especialistas por capacitação que não tem a prática; Motivando os enfermeiros que não tem a prática a realizarem a capacitação e voltarem para a prática; Criando o CPN para fortalecer a atuação dos enfermeiros; Identificando a necessidade de enfermeiros mais seguros no parto; Identificando a necessidade do enfermeiro adquirir habilidade e competência aumentando a realização dos partos; Necessitando de enfermeiros mais confiantes no exercício da profissão.</p>
<p>Vai depender o quê, das pessoas, dos</p>	<p><b>Visualizando a formação de novos</b></p>

<p>enfermeiros novos que .....dos antigos e dos novos que estão começando. Então vai depender do apoio da força que como eu já trabalho há muito tempo dar para estes enfermeiros que estão começando agora porque é bem certa (E02).</p> <p>É uma esperança que eu tenho, é que mais enfermeiros se envolvam, novos, se envolvam nessa área, queiram entrar nessa área, para que realmente a gente possa, um dia, ver o trabalho, nem que seja parecido, com o Sofia Feldman, que é um trabalho lindo, e no Brasil inteiro é um exemplo para o Brasil (E05).</p> <p>Eu acredito que está faltando mais cursos de enfermeiros obstetras. Eu acho que a academia deveria se preocupar mais com isso. Se existe demanda, se existe mercado, se existe alguém interessado isso deveria ser oferecido normalmente, cada semestre, uma turma, cada semestre está formando uma turma de enfermeiro obstetra porque com a credibilidade da enfermagem na obstetrícia a tendência é todos os partos considerados normais e naturais ser da enfermagem e a medicina ficar apenas com as distocias, os partos de distocias e as cesáreas da vida. (E09).</p> <p>Já inclusive cobramos da Maternidade Escola Januário Cicco, a oferta de atualização, de qualificação e inclusive especialização para a formação de novos enfermeiros e estamos com a perspectiva de implementar o centro de parto normal no âmbito do município (G01).</p> <p>A questão da capacitação. Aí a gente precisa realmente rediscutir junto às entidades formadoras, junto as universidades, junto as escolas de enfermagem a discussão de um organograma, de um currículo que preveja a possibilidade de massificar, de ser mostrar que é atrativo, que é um campo é para o enfermeiro, para o técnico de enfermagem, mas em especial para o profissional enfermeiro é trabalhar com a obstetrícia, tanto no período de pré-natal, como no pós-natal e durante o período do parto (G02).</p>	<p><b>enfermeiros na assistência Obstétrica</b></p> <p>Identificando a necessidade de formação de novos enfermeiros;</p> <p>Precisando do interesse de novos enfermeiros na área;</p> <p>Percebendo a necessidade de criação de novos cursos de enfermagem obstétrica;</p> <p>Responsabilizando as instituições acadêmicas, as Universidades, as escolas de enfermagens na formação de novos enfermeiros Identificando a escassez de cursos;</p> <p>Necessitando aumentar a credibilidade de enfermagem através da atuação dos enfermeiros;</p> <p>Necessitando de mais cursos de formação;</p>
---	---

<p>Uma boa formação dessas enfermeiras obstetras, elas tem que ter uma boa formação para conquistar esse processo (M01).</p> <p>Eu acho que tem que ter um investimento maior de aulas teóricas, tem que ter uma formação melhor da parte teórica dos conhecimentos obstétricos para depois ela ir para a parte prática. A gente sabe que tem pessoas que tem uma prática muito grande, mas quando a gente puxa para a parte teórica tem essa deficiência. Então a formação acadêmica tem que ser uma coisa mais...mais bem desenvolvida. Tem que desenvolver melhor essa parte teórica para que elas possam ter um aproveitamento melhor na prática (M05).</p> <p>Eles precisariam, mas por algum motivo, ainda não conseguiram desenvolver a atividade prática que lhes permitam segurança. É colocar as dificuldades em conjunto, colocar isso numa mesa e se discutir quem tem deficiência, com que? Em termos técnicos, em termos teóricos, em termos de mais material, de experiência, da quantidade de pessoal, do número de procedimentos, (M04).</p>	<p><b>Precisando melhorar os cursos de especialização da enfermagem obstétrica</b></p> <p>Necessitando Melhorar os eixos teóricos dos cursos de especialização;</p> <p>Melhorando os eixos teóricos e práticos dos cursos de especialização;</p> <p>Precisando ter mais segurança na parte prática da obstetrícia;</p> <p>Precisando demonstrar mais segurança na obstetrícia;</p> <p>Necessitando reflexão sobre os eixos teóricos, o desenvolvimento da prática, a quantidade de procedimentos realizados por alunos dos cursos de especialização.</p>
<p>[...] mas vai acontecer com maior rapidez se nós a partir de agora já rapidinho mesmo, começar a discutir essa rede cegonha como processo multiprofissional, multidisciplinar que a gente precisa amarrar estes questionamentos todos os meses, criar comissão , criar esses trabalhos, essas câmaras técnicas a nível de estado, a nível federal (E14).</p>	<p><b>Criando Grupos de trabalho e Câmaras Técnicas</b></p> <p>Discutindo a operacionalização da rede cegonha;</p> <p>Envolvendo vários atores na discussão;</p> <p>Incentivar a criação de grupos de trabalho;</p>
<p>É assim, eu acredito que a princípio um plano de assistência seria muito interessante, um projeto e esse projeto deveria ser realizado, pelos enfermeiros obstetras. Um projeto que a gente pudesse levar para as gestões. Onde a gente pudesse realizar e atuar, mas isso através de uma coisa bem esquematizada, projetada, porque a gente aqui na ponta, a gente, como é que se diz, não temos a mesma oportunidade que uma coisa vinda lá de cima. Aqui a gente luta pelo nosso espaço enquanto profissional, mas é uma luta não oficializada, uma luta verbal. Eu acredito que se existissem projetos a nível nacional onde .... à nível de Ministério que nos estimulassem, nos incentivassem a prática realizada por enfermeiros a gente ficaria muito mais confortável, entendeu (G07).</p>	<p><b>Construindo planos de assistência da enfermagem obstétrica</b></p> <p>Desenvolvendo um plano de assistência para a enfermagem obstétrica;</p> <p>Elaborando projetos que viabilizem as ações dos enfermeiros obstetras;</p> <p>Tendo que aprovar projetos pelo Ministério da Saúde para fortalecer a prática;</p>

<p>A Rede Cegonha ficou bastante em destaque quanto ao papel do enfermeiro obstetra. Falta ainda um incentivo mais prático, mais efetivo em termos de aplicar as políticas públicas voltadas para essa mulher. Sair do papel (da teoria para a prática) (E01).</p> <p>Para o enfermeiro obstetra foi um ganho imenso as políticas ministeriais, elas trazem muito claramente a importância e o papel do enfermeiro obstetra nesse processo e nos dá autonomia realmente para atuar. Agora infelizmente o que está no papel não condiz com que a gente vivencia na prática (E03).</p> <p>Primeiramente a gente sensibiliza a questão do plano de ação que a gente elabora porque já foi elaborado o plano de ação das maternidades. Sensibilização, mobilização e realmente ter um foco nesse plano construído por enfermeiros obstetras e todos aqueles que dão assistência ao parto. Primeiramente do plano de ação de fazer cumprir e segundo que as enfermeiras obstetras que já estão no campo, mas que não estão atuando e Tb de focar no aprimoramento do enfermeiro obstetra que já atua na sala de parto, mas que não tem especialização. Então eu acho que isso é que tem que ser notificado (G04).</p>	<p><b>Colocando em prática as Políticas Ministeriais</b></p> <p>Faltando incentivo da rede cegonha; Faltando a operacionalização prática da política; Percebendo a distância entre teoria e prática; Precisando Colocar em prática o plano de ação da Rede Cegonha; Necessitando focar no plano de ação que foi construído; Proporcionar enfermeiras obstetras para atuar; Proporcionar a especialização para enfermeiros que já atuam, mas não são especialistas.</p>
<p>[...] e os investimentos começar a chegar nas maternidades para que o enfermeiro obstetra consiga fazer o trabalho como ele é formado e como ele espera que seja realizado(E01).</p> <p>Então nós precisamos vencer isso reestruturar as unidades do ponto de vista físico, melhorar a questão dos insumos médico hospitalar, medicamento, adequação de pessoal e aí sim, eu acho que a qualificação do pessoal e a qualificação em serviço para que eles ganhem em segurança e experiência (G01).</p>	<p><b>Promovendo investimentos nas maternidades</b></p> <p>Reestruturar fisicamente as maternidades; Melhorar o fornecimento de insumos nas maternidades; Dimensionar o quantitativo de pessoal para as maternidades; Qualificar pessoal para atuar nas maternidades.</p>
<p>Então aqui eu acho tem uma abertura muito grande e que os novos enfermeiros eles tem que procurar justamente esse lugar que dão aberturas para ele. Aqui tem e no Rio Grande do Norte devem ter alguns. Se você quer mesmo ser enfermeiro obstetra e atuar na humanização você tem que procurar (E02).</p> <p>São poucos os hospitais que faz cumprir o que está determinado nas políticas ministeriais. Então tem esse aí em Minas Gerais, o Sofia Feldman, e tem o Ana Bezerra aqui no Estado do RN e no Rio de Janeiro eu não recordo agora, mas tem um muito bom em Realengo que traz esse papel, essa atuação muito forte dos enfermeiros(E03).</p>	<p><b>Tendo hospitais de referência na assistência ao parto, prestados por enfermeiros.</b></p> <p>Possuindo abertura para realizar os partos; Disseminando os hospitais que o enfermeiro tem autonomia na atuação; Tendo o enfermeiro como referência na realização dos partos; Sendo uma maternidade no Rio Grande do Norte para esse tipo de assistência; Sendo os enfermeiros acessíveis às técnicas não farmacológicas de alívio da dor e aos médicos; Percebendo o desenvolvimento do trabalho em equipe em uma maternidade do Estado do</p>

<p>[...] ainda tá muito novo essa história aqui no Brasil e na nossa realidade do enfermeiro obstetra fazer parto. Nós do Ana Bezerra a gente já tem uma vivencia de muito tempo e o pessoal faz parto muito bem (M02).</p> <p>Na realidade só tem uma maternidade onde a gente vive essa experiência que é no Hospital Universitário Ana Bezerra. E a visão que a gente tem é que é equipe multidisciplinar com um trabalho em parceria, um trabalho sincrônico, um trabalho harmônico que funciona bem (M01).</p> <p>Eu acho que o grande diferencial aqui do Ana Bezerra é a acessibilidade que a gente tem, assim de acordo tanto com os métodos, para utilizar os métodos não farmacológicos como também em parceria com os médicos [...] Coisa que eu não vi em outros hospitais que eu já passei. Então existe realmente esse trabalho em equipe, e as pacientes mesmo relatam (E15).</p>	Rio Grande do Norte.
<p>São poucos os hospitais que faz cumprir o que está determinado nas políticas ministeriais. Agora infelizmente são poucos (E03).</p> <p>Eu acho que o Estado devia interagir, colocar também enfermeiro obstetra no serviço público estadual principalmente no (hospital) Santa Catarina. Ia ajudar e muito porque tem muito baixo risco lá (M07).</p>	<b>Incentivando outras realidades a ter a presença do enfermeiro no parto normal</b>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora principal

PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA CATEGORIA – A categoria 4 foi construída a partir do Quadro 18, ou seja, da construção dos elementos (dados diversos da entrevista) e conseqüentemente da codificação aberta. O resultado desse processo está contido no Quadro 19 a seguir:

Quadro 19 - Construindo estratégias para o fortalecimento da enfermagem obstétrica do Rio Grande do Norte

COMPONENTES	SUBCATEGORIAS	CATEGORIA
<b>Tendo interesse de gestão das maternidades</b> <b>Conquistando espaços da enfermagem</b> <b>Desenvolvendo autonomia na prática</b> <b>Disseminando a prática da enfermagem obstétrica para o Estado</b> <b>Habilitando os enfermeiros que não têm a prática</b> <b>Formando novos enfermeiros na assistência Obstétrica</b>	SENDO POSSÍVEL CONSTRUIR ESPAÇOS E AUTONOMIA DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA.	<b>CONSTRUINDO            ESTRATÉGIAS PARA            O FORTALECIMENTO            DA ENFERMAGEM            OBSTÉTRICA DO RIO            GRANDE DO NORTE</b>
<b>Mostrando para os alunos de medicina a importância do trabalho em equipe</b>	CONSTRUINDO RELAÇÃO/INTERAÇÃO COM OS MÉDICOS E ESTUDANTES	
<b>Identificando a necessidade de parceria e integração com a equipe médica</b>	DESENVOLVENDO INTERAÇÃO COM OS MÉDICOS	
<b>Demonstrando para os médicos boas práticas na assistência ao parto</b>	DESENVOLVENDO A INTERAÇÃO COM OS MÉDICOS	
<b>Reconhecendo a importância da ABENFO</b> <b>Criando Grupos de Trabalhos e Câmaras Técnicas</b> <b>Construindo planos de assistência da enfermagem obstétrica</b> <b>Colocando em prática as Políticas Ministeriais</b>	ENVOLVENDO DIVERSOS ATORES NA CONSTRUÇÃO DE ESTRÉGIAS.	

<p>Promovendo investimentos nas maternidades Tendo hospitais de referência exemplos para disseminar a prática Incentivando outras realidades a ter a presença do enfermeiro no parto normal</p>	<p>INCENTIVANDO E DISSEMINANDO AS MATERNIDADES MODELO</p>	
---	---	--

Fonte: Elaborado pela pesquisadora principal

**A CATEGORIA CONSTRUINDO ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA DO RIO GRANDE DO NORTE** é constituída pelas SUBCATEGORIAS: SENDO POSSÍVEL CONSTRUIR ESPAÇOS DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA; CONSTRUINDO RELAÇÃO/ INTERAÇÃO COM OS MÉDICOS E ESTUDANTES; INCENTIVANDO AS MATERNIDADES MODELO; ENVOLVENDO DIVERSOS ATORES NA CONSTRUÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA.

A SUBCATEGORIA SENDO POSSÍVEL CONSTRUIR ESPAÇOS de ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA é constituída pelos componentes: **Tendo interesse da gestão, na prática da enfermagem obstétrica; Conquistando espaços da enfermagem obstétrica; Desenvolvendo autonomia na prática; Disseminando a prática da enfermagem obstétrica para o estado, Habilitando os enfermeiros que não têm a prática, Formando novos enfermeiros na assistência obstétrica.**

A SUBCATEGORIA CONSTRUINDO A RELAÇÃO E INTERAÇÃO COM OS MÉDICOS E ESTUDANTES é constituída pelos componentes: **Mostrando para os alunos de medicina a importância do trabalho em equipe e a atuação do enfermeiro obstetra; Identificando a necessidade de parceria e integração com a equipe médica; Disseminando para a equipe médica as boas práticas na assistência ao parto.**

A SUBCATEGORIA INCENTIVANDO AS MATERNIDADES MODELO é constituída pelos componentes: **Investindo nas maternidades que promovem a política; Tendo hospitais de referência na assistência ao parto, prestada por enfermeiros, Incentivando novos hospitais a ter a presença do enfermeiro no parto normal.**

A SUBCATEGORIA ENVOLVENDO DIVERSOS ATORES NA CONSTRUÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA é



constituída pelos componentes: **Tendo a ABENFO, COREN, ABEN como apoiadores e norteadores das políticas relacionadas à atuação do enfermeiro; Criando Grupos de Trabalhos e Câmaras Técnicas, Construindo planos de assistência da enfermagem obstétrica; Colocando em prática as políticas ministeriais.**

A gestão de saúde, gestão das maternidades e gestão da enfermagem e do cuidado devem estar sensíveis para o efetivo incentivo ao parto natural e, por conseguinte, ao parto realizado pelo enfermeiro. Dessa maneira, deverá existir uma preocupação quanto à viabilidade de espaços de atuação do enfermeiro, a exemplo dos Centros de Parto Normal (CPNs) e do PPP (Pré-Parto, Parto e Puerpério). Esses espaços são organizados fisicamente para o parto de baixo risco na perspectiva do incentivo ao parto humanizado. A atuação do enfermeiro obstetra na condução do parto de baixo risco deverá ser institucionalizada pelos gestores de saúde.

Os ambientes destinados ao parto de baixo risco deverão ser gerenciados por enfermeiros no sentido de conseguirem realizar os planos de assistência e realizar a integração dos demais profissionais da saúde. Na intenção de que o serviço funcione com respostas positivas e qualidade assistencial para a gestão de saúde, deverá incorporar enfermeiros obstetras, capazes de atuar no contexto do acompanhamento ao trabalho de parto e parto.

Portanto, é imprescindível que, ao construir espaços de atuação, estes tenham viabilidade de funcionamento e credibilidade dos profissionais da saúde, clientes e dos próprios gestores. A institucionalização e o reconhecimento desses espaços de atuação do enfermeiro são necessários para o fortalecimento da prática e dos serviços que assistem a mulher.

Nesse contexto, outra estratégia de gestão é a formulação de portarias que deem o respaldo ético e legal para a plena atuação do enfermeiro nos partos de baixo risco. Não menos importante, se faz necessária a construção dos protocolos assistenciais que irão direcionar e respaldar todas as condutas e procedimentos realizados na assistência ao parto. Deverá haver uma preocupação, principalmente da gestão do cuidado, quanto ao perfil e competência do profissional que será referência para atuar nos espaços de autonomia do enfermeiro, pois ele deverá ser capaz de responder com qualidade às demandas da atenção ao parto natural.

Assim, para a segurança do enfermeiro e da parturiente, a rede de atenção ao parto deverá estar bem desenhada, com a disponibilidade das maternidades de referência para as complicações obstétricas, bem como

a garantia na qualidade do transporte para a efetiva segurança da parturiente e do concepto, se houver necessidade de uma assistência especializada, a ser realizada pelo profissional médico e nas maternidades de maior complexidade.

A corporação médica, na perspectiva de não aceitação do trabalho dos enfermeiros, deve ser enfrentada pelos gestores, não apenas das maternidades e do cuidado, mas principalmente pelos gestores da saúde. Deverão existir estratégias de sensibilização dos médicos para o trabalho no parto natural e na presença da enfermagem obstétrica, mantendo a retaguarda do mesmo para as situações de risco e complicações, com o desenvolvimento do trabalho integrado médico/enfermeiro.

No que diz respeito ao funcionamento das redes, de fluxos assistenciais, e de processos de gestão, existe a viabilidade dos consórcios intermunicipais de saúde para proporcionar a organização dos serviços, no sentido de favorecer a vinculação das parturientes em municípios que possam responder com equipe mínima pela realização do nascimento de qualidade.

A enfermagem obstétrica é um importante caminho para a mudança de modelo nos processos de nascimento. Sendo assim, deverá primeiramente haver interesse dos gestores de saúde em relação aos investimentos que deverão ser realizados para o fortalecimento dessa prática. Havendo interesse das políticas públicas e a iniciativa dos gestores, as perspectivas de melhoria são favoráveis.

É reconhecido que também as políticas ministeriais, através de protocolos, têm direcionado o papel do enfermeiro e fornecido autonomia na condução do trabalho de parto e parto, objetivando um resultado final satisfatório para a parturiente. Porém, algumas estratégias são necessárias. Em nossa pesquisa identificamos que conquistar o espaço de atuação da enfermagem obstétrica é um desafio adquirido com o tempo. É preciso comprovar a habilidade e competência, principalmente para a equipe médica. Este espaço, por sua vez, é permeado por inquietações, lutas e desentendimentos.

Porém, com um desenvolvimento satisfatório do trabalho do enfermeiro, apoiado em sua competência e segurança na realização do parto, a opinião do médico começa a ser transformada em valorização, em respeito e confiança. Não é fácil a construção da referida prática, mas é necessário fazê-la.

Um aspecto importante que favorece a atuação e o reconhecimento do enfermeiro é a integração com a equipe e principalmente com os estudantes de graduação de medicina e residências na condução do parto, pois esta integração ocorrida durante

a formação médica desmistifica o preconceito do futuro médico com relação ao enfermeiro obstetra. Os enfermeiros que, de fato, atuam no parto têm conseguido sucesso em relação a esta integração considerada positiva no campo da pesquisa. Neste contexto, o enfermeiro está se destacando nas boas práticas de assistência ao parto, tendo oportunidade de demonstrar isso para os outros profissionais da saúde, bem como de sugerir e de incentivar mudança de postura para as práticas humanizadas e fundamentadas em evidências científicas. São realizadas, neste contexto, técnicas não farmacológicas de alívio da dor, incentivo à deambulação, incentivo à ingestão de líquidos, incentivo à presença do acompanhante, além de demonstrar paciência no ato de partear, causando tranquilidade para a mulher e familiar.

Para mudar este cenário deverá ser construída uma interação médico/enfermeiro para que a condução do parto seja realizada de forma segura e tranquila, tanto para a mulher, quanto para as equipes de saúde. O enfermeiro deve trabalhar com o parto de baixo risco, tendo autonomia plena em sua atuação, e o parto de risco e intercorrências devem ser realizados pelo médico. Esta integração deverá ser afinada para que os processos de trabalho sejam respeitados.

Outra iniciativa importante é a atuação da ABENFO (Associação Brasileira de Enfermeiro Obstetra), como uma associação de enfermeiros obstetras que deve encampar a luta pela conquista do espaço da enfermagem. A formação de enfermeiros obstetras é imprescindível para mudar uma realidade. É preciso habilitar enfermeiros obstetras quanto à prática, já que no Estado do Rio Grande do Norte a grande maioria não realiza o parto, pois não atua devido à dificuldade em relação à hegemonia médica, e aos campos de atuação. A formação de novos profissionais também é importante para que os números sejam capazes de mudar esta realidade e incorporar um contingente amplo de profissionais que atue com qualidade e tranquilidade. No mesmo raciocínio, a ABEN (Associação Brasileira de Enfermagem), assim como o COREN (Conselhos Regionais de Enfermagem) deverão se somar à luta.

A política ministerial tem sido construída ao longo dos anos em prol do favorecimento do parto humanizado, do parto natural, mas na atualidade a Rede Cegonha incorporou as iniciativas anteriores e direcionou estratégias para diminuição dos índices de cesáreas, bem como da morbimortalidade materna e neonatal. Neste contexto, se insere o enfermeiro como ente fundamental para a mudança de modelo na assistência obstétrica. A Rede Cegonha trabalha também na perspectiva de construção de centros de partos normal conduzidos pelo enfermeiro.

Assim, é necessária a inserção do sistema de referência e consequentemente das maternidades de referência para os partos de risco, pois a garantia e a integralidade da assistência ao parto devem ser asseguradas. Apenas dessa forma teremos uma assistência obstétrica livre de riscos e com uma melhor organização dos processos de trabalho do enfermeiro obstetra e do médico obstetra. Os investimentos devem começar a chegar nas maternidades com a intenção de melhoria de espaços e estruturas físicas.

Porém, a Rede Cegonha tem dificuldade de operacionalização e de ter enfermeiros obstetras atuando nos processos de nascimento no estado. Então, se faz necessário que as propostas e projetos que foram construídos pelo grupo técnico do estado com a presença dos enfermeiros obstetras sejam visualizados na prática. Quanto aos enfermeiros, de fato, têm que começar a atuar, e a gestão de saúde deve proporcionar a atuação dos enfermeiros que estão afastados da prática, realizando a capacitação, bem como deverá fornecer aos enfermeiros que atuam na prática, mas não têm o título, a realização da especialização.

Porém, há no Estado do Rio Grande do Norte iniciativas exitosas que poderiam estar contribuindo para a disseminação da autonomia do enfermeiro e que poderiam também capacitar outros enfermeiros. Estas maternidades estão vinculadas à Universidade Federal do Rio Grande do Norte, ponto favorável para a incorporação e disseminação de novos saberes.

#### 7.1.5 Categoria 5 – Revelando a prática profissional do enfermeiro obstetra

A quinta categoria retrata as consequências do fenômeno.

Quadro 20 – Construção das subcategorias a partir dos elementos (dados) - Categoria 5

Declaração dos entrevistados	Codificação
[...] para que o parto aconteça de uma forma humanizada e satisfatória para a mulher e para a equipe, não depende 100% de estrutura física, depende de acolhimento da equipe, (E01). E o trabalho da enfermeira obstetra na sala de parto, tanto acolhendo como acompanhando.....(E02). Ao receber a parturiente, primeiro a gente faz o acolhimento, a gente acolhe esta mulher, acolhe a família, a gente explica todos os	<b>Acolhendo a parturiente e familiar no processo de parto.</b> Começando a assistência humanizada pelo acolhimento; Acolhendo e explicando/esclarecendo; Incentivando a parturiente no acolhimento; Acolhendo e aproximando-se da parturiente e familiar; Proporcionando um atendimento diferenciado; Proporcionando as relações interpessoais

<p>procedimentos que a gente vai realizar (E03). [...] muito mais acolhedor, muito mais fisiológico, com a participação muito maior do familiar, do esposo, e com resultado final normalmente muito mais gratificante pra mulher, durante o período de parto normal (G02).</p> <p>[...] a questão do acolhimento, o acolhimento, esse atendimento diferenciado, esse olhar diferenciado que já tinha sido esquecido (E11).</p> <p>Bom o primeiro passo é o acolhimento, onde nós fazemos todos os esclarecimentos do trabalho de parto para a paciente, tanto para o acompanhante e familiar. Falo do trabalho de parto, incentivo a parturiente no trabalho de parto, isso na admissão (E16).</p>	<p>através do acolhimento.</p>
<p>[...] explicando como será o processo esperado para o trabalho de parto dela, os direitos que ela têm, os recursos que nós temos para tornar esse trabalho de parto mais tranquilo, mais natural e humanizado (E02). [...] com a prática que eu vou fazer no processo de trabalho de parto, tudo vai ser discutido, explicado...Eu vou passando para ela e vou explicando e assim se torna bem simples....o mais simples possível (E02). A gente explica todos os procedimentos que a gente vai realizar (E03). Então a gente não vai dizer que ela não vai sentir dor, mas esclarecer, tirar as dúvidas, estar aberta para as dúvidas (E15).</p>	<p><b>Explicando e pactuando o processo do nascimento e os direitos da parturiente</b> Explicando as fases do processo de parto; Explicando sobre os direitos das parturientes; Fornecendo as explicações durante o acompanhamento; Promovendo tranquilidade a parturiente a partir das explicações; Estando disponível s dúvidas das parturientes.</p>
<p>E o enfermeiro desde a academia ele trabalha e vem com eles a troca de saberes. A gente tira principalmente na obstetrícia o saber do indígena, o saber do afro-descendente, vê o saber teórico científico, os estudos, artigos científicos, vê Cochrane, vê tudo. E disso você adquire um conhecimento que dê para você trabalhar àquele setor específico no momento do parto, com as várias culturas, com as várias mulheres que aparecem (E06). [...] é observar a questão do contexto sócio cultural da paciente, primeiro porque eu já lidei em ambientes indígenas, trabalhei no Amazonas, trabalhei com indígenas e tem mulheres que não aceitam que você intervenha no parto. Ela quer parir sozinha, então eu considero esse contexto (E14).</p>	<p><b>Considerando os aspectos culturais</b> Respeitando os saberes culturais da parturiente; Considerando o contexto da parturiente; Trocando saberes com a parturiente; Respeitando os desejos das mulheres dependendo de suas culturas.</p>

<p>Então, eu tento para tanto com a mulher, quanto com a família deixar bem à vontade... (E02).</p> <p>[...] me vincular com ela....(E01).</p> <p>Quando a gente tem realmente conhecimento o fato da gente ter essa proximidade maior com a paciente a gente conduz muitas vezes de forma mais adequada o parto através do vínculo que a gente cria com a paciente. Essa confiança que é gerada é muito boa...(E15).</p>	<p><b>Vinculando-se a parturiente e a deixando à vontade</b></p> <p>Aproximando-se da parturiente;</p> <p>Integrando-se com o familiar;</p> <p>Conduzindo os processos de forma adequada.</p>
<p>[...] chamando ela pelo nome, sempre como se fosse uma amiga, tentando fazer o possível para que ela tenha confiança no meu trabalho (E02).</p> <p>[...] e passar para ela segurança, passar que ao lado dela tem um profissional capacitado que está além de tecnicamente, também humanamente pronto para ajudá-la (E01).</p> <p>A gente tem que dar toda a assistência e segurança a parturiente, então toda a minha experiência que eu tenho de realizar partos com gestantes é a coisa mais simples. Então é assim, e dar todo o apoio, a acomodação e dar toda a assistência necessária, tranquilizando (E12).</p>	<p><b>Construindo confiança e segurança</b></p> <p>Tratando-a pelo nome;</p> <p>Passando segurança;</p> <p>Demonstrando competência técnica;</p> <p>Apoiando a gestante e familiar;</p>
<p>[...] a enfermeira que está incorporando o serviço de doular aquela assistência...(E11).</p>	<p><b>Acompanhando a mulher no processo de parto</b></p>
<p>[...] Então, o esperar como obstetrícia é obstar, é estar ao lado, aquele olhar atento, atento ao gemido, atento a forma como anda, atenta a náusea, atenta a sensação de vômito...Você já consegue muitas vezes com esses sinais avaliar o período do parto que a mulher está, muitas vezes sem você ser invasivo, sem você obrigatoriamente deitar ela, tocar, e coisas que elas não gostam muito.....Realizar ausculta, a verificação das T.As, o partograma, a gente está atenta a tudo isso, mas é de uma forma tão sutil que ela nem percebe que tem esses instrumentos no meio, não fica mecânico. Então eu acho que esse é o segredo do enfermeiro obstetra. Ele faz diferença nesse sentido (E06).</p> <p>Bem a minha prática é sumariamente humanizada porque como você sabe eu iniciei a minha prática de enfermeira obstetra desde 1978 e a partir daí eu já comecei trabalhando na humanização, sem ninguém nunca ter falado. Era aquela coisa que eu gostava de ver a mulher. É já tinha tudo: a mulher que tinha que ficar na cama, a mulher que tinha que ficar de lado, a mulher que não podia tomar água. E eu não, eu procurava</p>	<p><b>Prestando assistência humanizada</b></p> <p>Incentivando a naturalidade do parto;</p> <p>Estando acompanhando, estando ao lado da parturiente;</p> <p>Estando atenta as intercorrências no trabalho de parto e parto;</p> <p>Evitando procedimentos invasivos;</p> <p>Realizando o partograma;</p> <p>Sendo sutil no cuidado ao trabalho de parto;</p> <p>Fazendo a diferença na assistência ao parto;</p> <p>Deixando a mulher a vontade;</p> <p>Estimulando as técnicas não farmacológicas de alívio da dor;</p> <p>Estimulando a deambulação;</p> <p>Estimulando a ingestão;</p> <p>Estimulando as boas práticas;</p> <p>Incentivando os médicos para as boas práticas;</p>

<p>sempre interagir com ela. Eu ficava na Maternidade Escola, então eu tirava ela da cama, levava ela para o chuveiro, falava com os médicos que elas desmaiavam com fome então eu falava, e a partir daí eles começaram a sentir, a notar que aqueles desmaios eram exatamente fome que aquelas mulheres sentiam, então foi a partir daí que eles começaram a introduzir uma alimentação líquida [...] (E07).</p> <p>[...] sabemos que é um parto mais humanizado e mais qualificado, então a gente tem plena convicção disso (G01). Sempre buscando atender as práticas humanizadas [...] (E15).</p>	
<p>Inclui o banho quente, inclui a bola do nascimento, que é uma bola que ajuda ao parto a ser mais rápido e menos doloroso, temos técnicas de massagens se precisa muito do apoio da família que a família ajude..... e eu sempre tenho o cuidado de perguntar sobre a posição que ela quer parir, se ela quer parir deitada, ou se ela quer parir de cócoras, ou de alguma outra forma. Se ela deseja o banho, ou a massagem, porque tem umas que são assim. Umam aceitam o cavalinho, outras não, uma quer a bola, outra prefere o banho. Então, é sempre respeitada a questão do desejo das parturientes, certo? (E04).</p> <p>Eu já fazia massagens, eu já conversava, eu ensinava a ela como que respirava e era assim que eu trabalha, desde 1978 e fui, cada vez aprimorando as minhas práticas (E07).</p> <p>Sempre buscando atender as práticas humanizadas [...] e trazer para o enfermeiro também todo esse poder de realmente poder atuar enquanto profissional de saúde nesse método não farmacológico como a questão de bola, do banho morno, do banho quente, das banquetas, até a própria respiração em si e eu acho que a própria conversa, o próprio esclarecimento fazem com que essa mulher fiquem mais tranqüilas e tenham com mais naturalidade esse momento do parto (E15).</p>	<p><b>Proporcionando técnicas recomendadas pelo Ministério da Saúde</b></p> <p>Incentivando as técnicas não farmacológicas;</p> <p>Incentivando o protagonismo da mulher;</p> <p>Incentivando os exercícios respiratórios;</p> <p>Respeitando a naturalidade do parto;</p> <p>Conversando com a parturiente.</p>
<p>Então eu acho que o enfermeiro é muito mais voltado em si para a assistência como um todo, não só de parir, de fazer o parto em si, de colocar o parto em si, mas o preparo da paciente, eu acho que o enfermeiro é muito mais atencioso com essa parte. Eu acho que a gente não deixa em nada a desejar (E15).</p>	<p><b>Desenvolvendo a assistência Integral</b></p> <p>Assistindo a mulher no trabalho de parto até o puerpério.</p>
<p>Eu tento sempre inserir ele (acompanhante) para empoderá-lo nos cuidados à mulher,</p>	<p><b>Inserindo e empoderando o acompanhante nos cuidados</b></p>

<p>durante o trabalho de parto (E01). [...] o pai, ele conseguiu implementar as técnicas de humanização, de massagens, de doular a esposa dele, a companheira.....que o acompanhante consiga de forma tranquila se empoderar dos cuidados com essa mulher, que esteja aberto para aprender com a equipe de enfermagem (E01).</p>	
<p>Então, o enfermeiro obstetra ele consegue olhar essa paciente de forma <b>crítica</b> e consegue <b>observar os riscos</b> que ela está correndo (E01).</p>	<p><b>Desenvolvendo a assistência de forma crítica</b></p>
<p>Se o trabalho de parto está acontecendo, se desenvolvendo de forma natural, como o esperado, <b>se existe alguma intercorrência.</b> (E01). [...] a gente anota no partograma para que ela possa ter esse registro gráfico no parto e isso pode nos dar segurança, segurança muito grande na condução desse parto porque o partograma é o retrato do que está acontecendo com aquela mulher (E03). [...] com a prática que eu vou fazer no processo de trabalho de parto tudo vai ser discutido, explicado (E02). Realizar Ausculta, a verificação das T.A.s, o partograma, a gente está atenta a tudo isso, mas é de uma forma tão sutil que ela nem percebe que tem esses instrumentos no meio, não fica mecânico (E06).</p>	<p><b>Observando riscos e intercorrências no processo de parto.</b></p>
<p>[...] eu tento fazer a integração com todos. Que todos ajudem a mulher e todos falem a mesma linguagem com ela para que ela sinta confiança em mim e na equipe que eu estou, certo!!!! Tento integrar, tanto interações comigo, como com quem está trabalhando na minha equipe, como o médico, como com a equipe multiprofissional, que a gente trabalha, o psicólogo, fazendo integração com todos (E02). Quando uma gestante chega numa maternidade, esse é meu ponto de vista, e ela tem que ter não só a assistência do parto em si, ela tem que ter assistência total, geral, uma assistência social, uma assistência psicológica, um apoio da família, um apoio do pessoal que está acolhendo, enfim dando segurança todo esse tempo. Então assim a gente tem que interagir com a nutrição, com o pessoal da psicologia, do serviço social, da portaria, até o pessoal da limpeza. Quer dizer ele tem que se sentir acolhida e tem que se</p>	<p><b>Revelando a integralidade que o enfermeiro proporciona.</b></p>



<p>sentir que está bem em todos os aspectos e não só de fazer realizar o parto em si. (E12).</p>	
<p>A gente consegue acompanhar a parturiente em todos os períodos: do pré-parto, parto e puerpério... (E03). Eu partejo a paciente, faço partograma, partejo, acompanho, faço parto, sou da docência, também, tanto da residência multi, como da residência médica, eu fico com os doutorandos de medicina, acompanho... Então, aqui na maternidade, realmente eu atuo plenamente, tenho autonomia, não tenho problema nenhum com a equipe (E04). [...] e trazer para o enfermeiro também todo esse poder de realmente poder atuar enquanto profissional de saúde nesse método não farmacológico como a questão de bola, do banho morno, do banho quente, das banquetas [...] (E15).</p>	<p><b>Desenvolvendo autonomia na atuação</b> Partejando; Acompanhando o desenvolvimento do trabalho de parto; Acompanhando os alunos de enfermagem e medicina na assistência ao parto;</p>
<p>[...] e trazer para o enfermeiro também todo esse poder de realmente poder atuar enquanto profissional de saúde nesse método não farmacológico como a questão de bola, do banho morno, do banho quente, das banquetas (E15). Eu estou aqui há 22 anos e para conquistar esse meu espaço tenho um certo respeito diante os meus colegas de trabalho foi com muito sacrifício, muita briga, muita luta e que hoje eu vejo um reconhecimento não só deles como da própria população (E10).</p>	<p><b>Construindo o empoderamento na assistência ao parto.</b> Conquistando o espaço; Conquistando a confiança da equipe;</p>
<p>É aí onde é importante trabalhar um trabalho em equipe com o médico informando que a paciente está evoluindo bem no parto e também mostrar segurança ao médico que a gente está realizando o parto porque se a gente não tem segurança, então vai ser o momento que ele vai intervir no parto e vai destruir todo o trabalho que a gente faz num parto de baixo risco (E16). Desde que a gente chegou, a gente já tinha enfermeiros obstetras que já atuavam bem antes de eu começar a trabalhar aqui e a gente sempre teve segurança em trabalhar com eles (M03).</p>	<p><b>Passando segurança técnica na assistência ao parto</b></p>
<p>Então você conduz uma equipe que geralmente a gente tem que sensibilizá-la para esse olhar mais leve de assistência à mulher....eles rapidamente se sensibilizam em nível de postura, no acolher dessa mulher, no escutar, no manejo com ela, na promoção do conforto, num olhar diferenciado, individualizado de assistência a mulher.</p>	<p><b>Conduzindo à equipe para as boas práticas</b></p>

<p>Então como enfermeira eu procuro fazer isso, tanto com a minha equipe e com a equipe médica também (E06).</p> <p>Os métodos não farmacológicos de alívio para a dor, que a gente geralmente é quem trabalha agora a gente está inserindo o doutorando de medicina, mas a maior parte são os enfermeiros obstetras, e o pessoal que vem para estágio em enfermagem aqui, que não tem pós-graduação, mas a graduação faz estágio aqui (E04).</p> <p>Eu ensinava os estudantes de medicina, eu entrava devagarinho com eles. Até os residentes eu ensinava [...] quantas vezes eu ensinei os estudantes de medicina a fazer um parto normal e assim os doutorandos de medicina eu comecei a introduzir o parto sem episiotomia...(E07).</p> <p>Às vezes, quando tem um acadêmico, que diz: Eu nunca fiz parto!”, eu fico lá com ele, passando para ele às experiências que a gente têm (E05).</p>	
<p>Eu acredito que o de doação ao outro. É o principal, o maior (E01).</p> <p>Então o significado é o de estar contribuindo, de estar se dando, não se dar de voluntário, de caridade não, mas se dando para o serviço bem feito [...] (E06).</p> <p>Acho que é um significado de ajuda mesmo, que eu estou ajudando outro ser humano (E02).</p>	<p><b>Implicando doação</b>          Proporcionando ajuda à parturiente;          Contribuindo com o outro no processo de nascimento;</p>
<p>É quase como se fosse amor mesmo pela pessoa, amizade...é um sentimento mesmo de amizade, de amor, sentimento de alegria por estar ajudando outra pessoa que podia, tanto pode ser esta pessoa como qualquer outra pessoa (E02).</p> <p>Eu acho que quando você realiza uma coisa com amor, ela é totalmente diferente (E03).</p>	<p><b>Construindo relação afetiva</b>          Construindo vínculos de confiança.</p>
<p>Eu quero que ela seja feliz como eu sou (E02).</p> <p>[...] eu sempre fui apaixonada....Então quando a gente termina tudo, que na verdade a gente termina aquele momento, é muito gratificante de você poder ver (E04).</p> <p>Eu gosto muito de dar assistência ao [...] Muitas vezes nos surpreendem, mas realmente é um momento muito especial o nascimento de uma criança, um nascimento de um novo ser, de uma nova vida e é muito importante você acompanhar naquele momento. Vivendo aquela emoção tanto com a paciente como vivendo a emoção de está ali</p>	<p><b>Sentindo satisfação na relação enfermeiro/parturiente</b>          Sentindo-se gratificados;          Vivenciando emoções;          Sentindo realização profissional;          Sentindo orgulho com o resultado do trabalho;          Percebendo o envolvimento durante a assistência;          Sentindo amor pela profissão;          Sentindo prazer na profissão;          Sentindo afeto pelas parturientes;          Gostando do que faz;</p>

<p>ajudando aquela nova vida que está chegando ao mundo (E05).</p> <p>[...] a minha dedicação e envolvimento e realização é com a obstetrícia, me envolvo, gosto e é gratificante, é bom ver o final, e ver o nascimento, seja como for é muito gratificante. Então a obstetrícia para mim eu me identifico mais e assim para mim me completa (E12).</p> <p>[...] de muito amor, prazer e dedicação. Quantas vezes eu chorei...eu estou chorando agora, mas..... você não sabe quantas vezes.... Eu sempre trabalhei com muito amor e meu sentimento era de amor, dedicação, era um trabalho prazeroso, eu não trabalhava porque era professora para ganhar dinheiro não. Eu estava trabalhando porque eu tinha um sentimento muito grande com aquelas mulheres, eu tinha assim, aquelas mulheres eram pessoas [...] (E07).</p>	
<p>A gente tem sentimentos de satisfação, de alegria, de responsabilidade, no cumprimento das responsabilidades, de compromisso que a gente tem com essas mulheres e com o serviço (E03).</p>	<p><b>Sentindo responsabilidade no exercício da profissão</b> Sentindo responsabilidade com as mulheres.</p>
<p>[...] eu acredito assim, que o domínio naquele momento do parto, eu fico tranqüilo e realizo com sucesso sem nenhum problema (E13).</p>	<p><b>Desenvolvendo domínio no processo de trabalho</b></p>
<p>Ao mesmo tempo em que eu senti medo, eu me senti valorizada: A professora está confiando em mim, no meu conhecimento de entregar a sua filha. Uma cesárea anterior, para um parto não convencional, um parto de cócoras, bem natural, e foi muito lindo! Então você é significante (E06).</p> <p>Então isto é muito gratificante porque a gente tem o reconhecimento institucional e ao mesmo tempo a gente tem o reconhecimento do paciente, porque quando a gente começa a estabelecer...(E03).</p> <p>Agora este reconhecimento do paciente a gente consegue em todos os ambientes que a gente tiver a oportunidade de realizar esse cuidado porque durante toda essa minha vivência de 17 anos em sala de parto a gente percebe a diferença do cuidado realizado pelo enfermeiro (E03).</p> <p>É quase como se fosse amor mesmo pela pessoa, amizade....é um sentimento mesmo de amizade, de amor, sentimento de alegria por estar ajudando outra pessoa que podia, tanto pode ser esta pessoa como qualquer outra pessoa (E02).</p>	<p><b>Identificando o reconhecimento pelo exercício da profissão</b></p> <p>Identificando a confiança no trabalho; Reconhecendo a competência técnica do enfermeiro; Percebendo o reconhecimento institucional; Percebendo o reconhecimento da paciente; Conquistando espaço; Percebendo o sentimento de realização; Realizando procedimento bem sucedido; Resultando em satisfação com o resultado final.</p>

<p>Eu acho que quando você realiza uma coisa com amor, ela é totalmente diferente (E03)</p> <p>[...] vem sendo desenvolvido dessas práticas aqui no HUAB, pelo conhecimento que temos, tem sido uma referência bastante relevante dentro dessa assistência pelo enfermeiro obstetra (G05).</p> <p>Ainda está muito novo essa história aqui no Brasil e na nossa realidade do enfermeiro obstetra fazer parto. Nos do Ana Bezerra a gente já tem uma vivencia de muito tempo e o pessoal faz parto muito bem...(M02).</p> <p>[...] eu tenho observado é que as enfermeiras têm procurado quebrar esse bloqueio e assim.... as que procuram fazer um trabalho de parceria é sem querer assim...se auto afirmar logo nos primeiros dias de trabalho, procuram fazer um trabalho de equipe, elas se dão muito bem e acabam conquistando um espaço muito importante dentro da obstetrícia (M05).</p> <p>[...] mas a satisfação de fazer um parto bem sucedido isso é de uma coisa ímpar. Todos nós ficamos muito satisfeitos quando o parto sai a contento, sai sem nenhum malefício ou sem nenhum, sem prejudicar nem a criança, nem a mãe. O resultado de um parto bem feito e quando você entrega a criança para um pediatra e o APGAR 09/10, 10/10. 9/9. E com a dequitação você não tem sangramentos aumentados, você não tem laceração, você não tem outras intercorrências....e isso é o que faz do profissional ficar satisfeito com aquele ato que ele praticou (E10).</p> <p>Eu fico muito realizada quando dá tudo certo, quando a mulher consegue parir, quando eu consigo acompanhar. Então eu fico realizada. É um sentimento que eu posso descrever (E09).</p> <p>De realização primeiramente, porque nós sabemos que quando nós fazemos um parto é muito diferente a assistência que a gente faz (G04)</p>	
<p>Então, eu construo e estou construindo ainda, construindo um pensamento de que é possível mudar o que a gente tem hoje, aquele modelo antigo (E11).</p> <p>Depois eu tenho esperança, tenho um sentimento de esperança de que a gente vai conseguir chegar a um nível de obstetrícia de primeiro mundo, eu acredito (E14)</p>	<p><b>Tendo Esperança e acreditando em mudança</b></p> <p>Construindo a melhoria de atenção ao parto; Acreditando nos processos de mudança.</p>
<p>Bom, a principio sinto frustração, porque a gente fica só com as sobras, a gente não está</p>	<p><b>Sentindo frustração, impotência e angústia na atuação.</b></p>

<p>só para ..... como é que se diz: o que nos compete é apenas ajudar, colaborar com a equipe. A gente não atua como enfermeira obstetra. O que a gente faz qualquer profissional de enfermagem pode fazer, entendeu. Então eu me sinto de uma certa forma frustrada porque eu poderia atuar melhor e a nossa participação é apenas colaborando, entendeu com a equipe mas que a nossa atuação, qualquer enfermeiro, entendeu, qualquer enfermeiro podia fazer. Então, de uma certa forma a gente é um pouco frustrada porque investiu, entendeu e o que a gente aprendeu não pode atuar e não pode realizar na nossa prática (G07).</p> <p>[...] significado de dificuldades pela limitação que a profissão nos dá. E muitas vezes também, não nesse serviço, mas em outros serviços é um sentimento de tristeza, muitas vezes, e de impotência por não poder avançar nem mesmo naquilo que eu posso avançar que esta dentro das minhas responsabilidades, que está dentro das minhas atribuições e das minhas habilidades técnicas e a gente não pode avançar porque determinado serviço não tem o entendimento da necessidade, da grande contribuição que o enfermeiro obstetra tem para dar [...] Então assim são sentimentos muitas vezes também de angústia porque nós temos as nossas limitações da profissão então isso gera um sentimento de angústia porque muitas vezes a gente vê que a conduta poderia ter sido diferente, mas chega um momento que a gente não pode mais interferir e aí gera aquela insatisfação, aquela angústia de não poder fazer mais porque a profissão nos limita em determinados aspectos (E03).</p>	<p>Sentindo-se desestimulados; Sentindo-se subaproveitados; Participando de maneira incipiente; Desvalorizando a contribuição do enfermeiro; Apresentando limitações no exercício da profissão.</p>
--	---

Fonte: Elaborado pela pesquisadora principal

PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA CATEGORIA – A categoria 5 foi construída a partir do Quadro 20, ou seja, da construção dos elementos (dados diversos da entrevista) e conseqüentemente da codificação aberta. O resultado desse processo está contido no Quadro 21 a seguir:

Quadro 21 - Revelando a prática profissional do enfermeiro obstetra

COMPONENTES	SUBCATEGORIAS	CATEGORIA
<p>Acolhendo a parturiente e familiar no processo de parto. Explicando e pactuando o processo do nascimento e os direitos da parturiente. Considerando os aspectos culturais. Vinculando-se a parturiente e a deixando à vontade. Construindo confiança e segurança Acompanhando a mulher no processo de parto</p>	<p>CONSTRUINDO VÍNCULO DE CONFIANÇA</p>	<p><b>REVELANDO A PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO OBSTETRA</b></p>
<p>Prestando assistência humanizada Proporcionando técnicas recomendadas pelo Ministério Promovendo o processo de parto com naturalidade Desenvolvendo a assistência integral Empoderando o acompanhante para desenvolver os cuidados</p>	<p>DESENVOLVENDO A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA</p>	
<p>Desenvolvendo a assistência de forma crítica Observando riscos e intercorrências no processo de parto.</p>	<p>IDENTIFICANDO RISCOS</p>	
<p>Revelando a integralidade que o enfermeiro proporciona</p>	<p>IDENTIFICANDO A INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA PELO ENFERMEIRO</p>	
<p>Desenvolvendo autonomia na atuação, Construindo o empoderamento na assistência ao parto Passando segurança técnica na assistência ao parto.</p>	<p>DESENVOLVENDO AUTONOMIA NA PRÁTICA</p>	
<p>Conduzindo a equipe para boas práticas</p>	<p>PROPORCIONANDO BOAS PRÁTICAS À EQUIPE</p>	
<p>Implicando doação Construindo relação afetiva</p>		

<p>Sentindo satisfação na relação enfermeiro/parturiente          Sentindo responsabilidade no exercício da profissão          Desenvolvendo domínio no processo de trabalho          Identificando o reconhecimento pelo exercício da profissão          Tendo Esperança e acreditando em mudança          Sentindo frustração, impotência e angústia na atuação.</p>	<p>CONSTRUINDO SIGNIFICADOS</p>	
--	---------------------------------	--

Fonte: Elaborado pela pesquisadora principal

A CATEGORIA **REVELANDO A PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO OBSTETRA** É CONSTITUÍDA PELAS SUBCATEGORIAS: CONSTRUINDO VÍNCULO DE CONFIANÇA; DESENVOLVENDO A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA; IDENTIFICANDO RISCOS; IDENTIFICANDO A INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA PELO ENFERMEIRO; DESENVOLVENDO AUTONOMIA NA PRÁTICA; PROPORCIONANDO BOAS PRÁTICAS À EQUIPE; CONSTRUINDO SIGNIFICADOS.

A SUBCATEGORIA CONSTRUINDO VÍNCULO DE CONFIANÇA é constituída pelos componentes: **Acolhendo a parturiente e familiar no processo de parto; Explicando e pactuando o processo do nascimento e os direitos da parturiente; Considerando os aspectos culturais; Vinculando-se a parturiente e a deixando à vontade; Construindo confiança e segurança; Apoiando a mulher no processo de parto.**

A SUBCATERIA DESENVOLVENDO A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA é formada a partir dos componentes: **Prestando assistência humanizada, Proporcionando técnicas recomendadas pelo Ministério, Promovendo o processo de parto com naturalidade, Desenvolvendo a assistência integral, Empoderando o acompanhante para desenvolver os cuidados.**

A SUBCATEGORIA IDENTIFICANDO RISCOS é constituída pelos componentes: **Desenvolvendo a assistência de forma crítica; Observando riscos e intercorrências no processo de parto.**

A SUBCATEGORIA IDENTIFICANDO A INTEGRALIDADE QUE O ENFERMEIRO PROPORCIONA é constituída pelo componente **Revelando a integralidade que o enfermeiro proporciona.**

A SUBCATEGORIA DESENVOLVENDO AUTONOMIA NA PRÁTICA é constituída pelos componentes: **Desenvolvendo autonomia na atuação; Construindo o empoderamento na assistência ao parto; Passando segurança técnica na assistência ao parto.**

A SUBCATEGORIA CONSTRUINDO SIGNIFICADOS é constituída pelos componentes: **Implicando doação; Construindo relação afetiva; Sentindo satisfação na relação, enfermeiro/parturiente; Sentindo responsabilidade no exercício da profissão; Desenvolvendo domínio no processo de trabalho, Identificando o reconhecimento pelo exercício da profissão; Tendo Esperança e acreditando em mudança; Sentindo frustração, impotência e angústia na atuação.**

A prática do cuidado do enfermeiro é caracterizada por desmistificar o parto hospitalar com intervenção obstétrica. Esse cuidado é permeado pela construção de vínculos com as parturientes e familiares, através do acolhimento, das explicações fornecidas e pelas atitudes de confiança e competência técnica prestada pelo enfermeiro durante o acompanhamento no trabalho de parto e realização do parto.

A atenção fornecida à mulher, o respeito à sua individualidade e o olhar atento são peculiares ao cuidado prestado por este profissional. Assim, o respeito ao protagonismo da mulher, suas vontades e desejos é uma prioridade na atenção. Os aspectos culturais são considerados no contexto do nascimento e suas informações são valorizadas. Não menos importante, a fisiologia do parto, bem como a atenção aos sinais de alerta no processo de parto, que são essenciais para a garantia da qualidade assistencial, principalmente no que diz respeito à identificação das intercorrências, quando os encaminhamentos deverão ser realizados, a fim de evitar qualquer tipo de risco para a parturiente e neonato.

Nos dias atuais a humanização do parto tem sido pauta das discussões sobre melhoria nos processos do nascimento e o enfermeiro obstetra, em seu processo de trabalho, absorveu esse olhar diferenciado. O incentivo às técnicas não farmacológicas, como o banho morno, as massagens de relaxamento, a presença contínua do acompanhante e da enfermeira, a liberdade de deambular, o incentivo à alimentação, são rotinas absorvidas nesse cuidado. As técnicas que são notadamente desaconselhadas pelos protocolos do Ministério da Saúde, como tricotomia, enema, uso rotineiro de ocitocina, rompimento precoce da bolsa das águas, não são realizadas pelos enfermeiros.

Então, no contexto do nascimento onde os enfermeiros conseguem realizar o parto, eles desenvolvem autonomia como também



um trabalho de parceria com os outros profissionais da saúde. Conduzir a assistência ao parto, construir confiança da equipe e clientes, estar seguro na atuação, desenvolver a preceptoria para os alunos de graduação e pós-graduação na realização do parto natural constituem a experiência dos enfermeiros em algumas realidades pontuais no Estado do Rio Grande do Norte. Dessa maneira, existem experiências exitosas que demonstram a competência do profissional e as possibilidades do enfermeiro na referida área.

Nesse sentido, os significados são construídos também a partir dessa atuação. Portanto, quando a atuação é favorável, o enfermeiro sente plena realização/satisfação no exercício da profissão. E nesse contexto o amor, o sentimento de proporcionar ajuda, de estar com o outro, de proporcionar segurança são apontados pelos profissionais. Outro sentimento comum é o de realização quando o processo de nascimento é exitoso, o sentimento de dever cumprido, com qualidade. Construir a autoconfiança parece ser um sentimento importante para o enfermeiro. É sua afirmação profissional. A perspectiva de melhoria na que se refere ao incentivo ao parto natural, sem intervenções, é visualizada pelos enfermeiros ao acreditarem no direcionamento das políticas ministeriais. Entender esse contexto como fundamental para o enfermeiro é vislumbrar a possibilidade de mudança nos processos do nascimento.

Porém, os enfermeiros que apresentam dificuldades de atuação na maioria das maternidades do Rio Grande do Norte contraditoriamente deparam-se com a falta de autonomia no exercício profissional, numa condição de dependência, estando impedidos de atuar no direcionamento da condução e acompanhamento do parto natural. Essa realidade torna o profissional desestimulado, quanto ao seu cuidado no parto.

Dessa maneira, sentimentos de frustração, desestímulo, medo, tristeza, angústia, impotência são aparentes nesse contexto e, assim, retratando sentimentos e significados contraditórios em relação à prática do cuidado de enfermagem nas maternidades vinculadas ao ensino no Estado do Rio Grande do Norte.

Dessa maneira, essa dicotomia se apresenta no contexto dos nascimentos caracterizando as possibilidades e contradições da atuação do enfermeiro no parto.



## 8 APRESENTANDO O MODELO TEÓRICO PARADIGMÁTICO

O fenômeno “Configurando o modelo da prática do cuidado do enfermeiro obstetra à mulher no parto hospitalar: revelando contradições e possibilidades” retrata a integração de cinco categorias, bem como as relações existentes entre elas, no que se refere às condições contextuais, condições causais, condições intervenientes, ações/interações estratégicas e às consequências (Quadro 22), na perspectiva de construção do modelo paradigmático de Strauss e Corbin (2008).

Quadro 22 – Configurando o modelo da prática do cuidado do enfermeiro obstetra à mulher no parto hospitalar: revelando contradições e possibilidades

SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS	FENÔMENO
RESGATANDO A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE RECONHECENDO O TRABALHO DA PARTEIRA NOS HOSPITAIS COMO FUNDAMENTAL NA PRÁTICA OBSTÉTRICA IDENTIFICANDO A DICOTOMIA NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA	VIVENCIANDO OS CENÁRIOS DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE: DOS LIMITES HISTÓRICOS A EVENTOS CONTEMPORÂNEOS (CONTEXTO)	CONFIGURANDO O MODELO DA PRÁTICA DO CUIDADO DO ENFERMEIRO OBSTETRA À MULHER NO PARTO HOSPITALAR: REVELANDO CONTRADIÇÕES E POSSIBILIDADES
EMERGINDO AS EXIGÊNCIAS PARA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA VIVENCIANDO AS INTERAÇÕES/RELAÇÕES NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA; REVELANDO OS PROCESSOS DE GESTÃO NA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA.	EMERGINDO CONDIÇÕES QUE FAVORECEM A CONSOLIDAÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA: PERSPECTIVAS E DESAFIOS (CONDIÇÕES CAUSAIS)	
VIVENCIANDO UMA RELAÇÃO DE AUTONOMIA/DEPENDÊNCIA NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA IDENTIFICANDO O PODER MÉDICO NO PROCESSO DE PARTO DURANTE A PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA IDENTIFICANDO AS FRAGILIDADES NOS PROCESSOS DE GESTÃO	VIVENCIANDO DESORDENS NA PRÁTICA DO CUIDADO DO ENFERMEIRO OBSTETRA: O OLHAR COMPLEXO AO FENÔMENO (CONDIÇÕES INTERVENIENTES)	

PERCEBENDO POUCA EFETIVIDADE NA CONSTRUÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA VIVENCIANDO SENTIMENTOS NEGATIVOS DO ENFERMEIRO OBSTETRA. CONSTATANDO A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PROCESSO DE PARTO VIVENCIADO NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO		
CONSTRUINDO ESPAÇOS DE AUTONOMIA DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA. CONSTRUINDO RELAÇÃO/INTERAÇÃO COM OS MÉDICOS E ESTUDANTES DE ENFERMAGEM E MEDICINA ENVOLVENDO DIVERSOS ATORES NA CONSTRUÇÃO DE ESTRÉGIAS INCENTIVANDO E DISSEMINANDO AS MATERNIDADES MODELO	<b>CONSTRUINDO ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA DO RIO GRANDE DO NORTE NA PERSPECTIVA DOS SISTEMAS COMPLEXOS ADAPTATIVOS (AÇÃO/INTERAÇÃO ESTRATÉGIAS)</b>	
DESCONSTRUINDO O TECNICISMO PARA CONSTRUIR A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO. IDENTIFICANDO E PREVENINDO RISCOS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO CONSTRUINDO SIGNIFICADOS NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA	<b>REVELANDO CONTRADIÇÕES E POSSIBILIDADES NA PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO OBSTETRA. (CONSEQUÊNCIAS)</b>	

Fonte: Elaborado pela pesquisadora principal

A prática do cuidado de enfermagem no parto hospitalar ocorre no contexto (onde o fenômeno está situado) embasado nas práticas obstétricas inicialmente realizadas por parteiras leigas e parteiras hospitalares no Estado do Rio Grande do Norte. Esta prática histórica é notadamente reconhecida pelos profissionais da saúde, principalmente enfermeiros e médicos. Com o passar dos anos, os profissionais não médicos que começaram a realizar os partos foram os enfermeiros obstetras no modelo semelhante ao das parteiras, ou seja, natural e

humanizado. Houve, dessa maneira, uma substituição gradativa, por força da legislação, do trabalho desenvolvido por parteiras, pelo trabalho desenvolvido através dos enfermeiros obstetras. Nesse contexto do cuidado do enfermeiro no parto há, ainda, uma dicotomia no que diz respeito aos cenários de práticas, pois os hospitais e maternidades da pesquisa apresentam atuação diversificada da prática do cuidado do enfermeiro no parto hospitalar. Estes possuem maior autonomia nas maternidades vinculadas ao ensino, principalmente a maternidade localizada no interior do estado, sendo a integração com a equipe médica e equipe multiprofissional satisfatória. Nos hospitais e maternidades vinculados à rede municipal e estadual da saúde, os enfermeiros não possuem autonomia, devido à hegemonia médica, bem como à gestão de saúde e das referidas unidades de nascimento. Então, as subcategorias: Resgatando a construção histórica da enfermagem obstétrica no Estado do Rio Grande do Norte; Reconhecendo o trabalho da parteira nos hospitais como fundamental na prática obstétrica; Identificando a dicotomia nos cenários de prática do enfermeiro obstetra, formam a categoria desvelada que representou o contexto - **VIVENCIANDO OS CENÁRIOS DE PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE: DOS LIMITES HISTÓRICOS A EVENTOS CONTEMPORÂNEOS.**

Em relação às condições causais do fenômeno, ou seja, dos fatos que interferem no cuidado do enfermeiro no parto, caracterizaram-se pela formação do enfermeiro, pelas relações e integrações que ele constrói em sua atuação e pela gestão de saúde, gestão das maternidades e gestão do cuidado. Assim, as subcategorias: Emergindo as exigências para formação do enfermeiro obstetra; Vivenciando as interações/relações na prática do enfermeiro obstetra; Revelando os processos de gestão na enfermagem obstétrica compõem a categoria **EMERGINDO CONDIÇÕES QUE FAVORECEM A CONSOLIDAÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA: PERSPECTIVAS E DESAFIOS** e retrata a necessidade de o enfermeiro obstetra ter uma formação embasada nas competências técnicas, políticas, éticas, estéticas e atitudinais que viabilizem um cuidado ao parto de risco habitual de qualidade, seguro e humanizado. O enfermeiro deverá ter uma formação diferenciada, capaz de mudar o modelo de atenção obstétrica no Estado do Rio Grande do Norte. O componente relacionado à humanização do nascimento parece ser o diferencial para mudança. A competência política favorece a conquista dos espaços, sendo primordial na formação. No que diz respeito às

interações e relações, este profissional desenvolve com maestria, tanto com as parturientes e familiares, como com os profissionais da equipe de saúde. A integração com a equipe médica é favorável nos hospitais onde o enfermeiro possui autonomia. A relação construída com os estudantes nas maternidades de ensino tem sido um diferencial na atuação do enfermeiro obstetra. Assim, o enfermeiro tem interferido positivamente na formação dos alunos que prestam assistência ao parto. Quanto à gestão de saúde, a gestão das maternidades e a gestão do cuidado, estas interferem diretamente na atuação do enfermeiro, pois nas maternidades que possuem o apoio da gestão a referida atuação é realizada com tranquilidade e os resultados são positivos. O gestor deve incentivar e elaborar estratégias para a efetiva operacionalização da atuação do enfermeiro obstetra no parto de risco habitual.

A terceira categoria **VIVENCIANDO DESORDENS NA PRÁTICA DO CUIDADO DO ENFERMEIRO OBSTETRA: O OLHAR COMPLEXO AO FENÔMENO** retrata as condições intervenientes (mitigam ou alteram o impacto das condições causais) da atuação do enfermeiro. Então, as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros no cuidado do parto natural são representadas através das subcategorias: Vivenciando uma relação de autonomia e dependência na prática do enfermeiro obstetra; Identificando o poder médico no processo de parto durante a prática do enfermeiro obstetra; Vivenciando sentimentos negativos do enfermeiro obstetra na sua prática; Constatando a violência obstétrica no processo de parto, vivenciada na prática do enfermeiro; Identificando as fragilidades nos processos de gestão; Percebendo pouca efetividade na construção das redes. Essas desordens vivenciadas no fenômeno em estudo têm fragilizado a prática do cuidado do profissional, quando este não consegue conquistar espaços, causando o desestímulo na condução do parto realizado pelo enfermeiro obstetra.

A quarta categoria – **CONSTRUINDO ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA DO RIO GRANDE DO NORTE, NA PERSPECTIVA DOS SISTEMAS COMPLEXOS ADAPTATIVOS** – representa as ações/interações estratégicas que podem resolver o problema ou moldar o fenômeno. Então, são apresentadas estratégias que facilitarão a prática do cuidado do enfermeiro no parto, através das subcategorias: Sendo possível conquistar espaços da enfermagem obstétrica; Construindo as interações e relações com os médicos e estudantes de enfermagem e medicina; Incentivando as maternidades modelo; e Envolvendo diversos atores na construção de estratégias.

Quanto à quinta categoria - **REVELANDO CONTRADIÇÕES E POSSIBILIDADES NA PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO OBSTETRA**, representa as consequências do fenômeno. Então, as subcategorias Desconstruindo o tecnicismo para construir a humanização na assistência ao parto, Construindo significados na prática do enfermeiro obstetra e Identificando e prevenindo riscos na assistência ao parto formam a referida categoria. Esta retrata a atuação do enfermeiro obstetra como o profissional que consegue desenvolver um cuidado no parto com qualidade e humanizado, com o mínimo de técnicas intervencionistas, capaz de mudar a realidade medicalizada. Porém, nesse caminho, existem contradições e desordens que geram sentimentos de frustração, desestímulo, tristeza e revolta pelas dificuldades, gerando, por vezes, a inviabilidade do exercício profissional em algumas realidades. Por outro lado, a construção da enfermagem obstétrica se dá através das referidas vivências, na perspectiva de almejar as possibilidades.

Esta categoria traz ainda uma representatividade importante, quando é visualizada como consequência, que se relaciona com as demais categorias, gerando a construção do fenômeno – Configurando o modelo da prática do cuidado do enfermeiro obstetra à mulher no parto hospitalar: revelando contradições e possibilidades.

Na perspectiva do modelo teórico paradigmático, as interações das categorias são dinâmicas se partirmos do entendimento de que o contexto do fenômeno interfere diretamente na atuação do enfermeiro, já que, dependendo dessas condições contextuais, o profissional terá maior ou menor liberdade de atuação, além de que o contexto histórico da atuação de parteiras e enfermeiras constrói a realidade presente nas maternidades. Assim, o contexto permeia todas as categorias, ou seja, todo o fenômeno.

As condições causais estão inseridas no contexto e irão interferir diretamente na atuação do enfermeiro obstetra (consequências), que também estão relacionadas diretamente às desordens caracterizadas pelas condições intervenientes que acontecem nos contextos sob as condições causais, isto é, condições de formação, de relações/integrações e de gestão. As ações/interações estratégicas apontam para, diante da realidade (desordens), tentar modificar e ou melhorar a realidade do fenômeno. As estratégias serão apresentadas de acordo com as condições causais, condições intervenientes que conjuntamente formam as consequências. Assim, as condições causais, bem como as condições intervenientes e as ações/interações estratégicas se integram e relacionam, gerando as consequências do fenômeno:

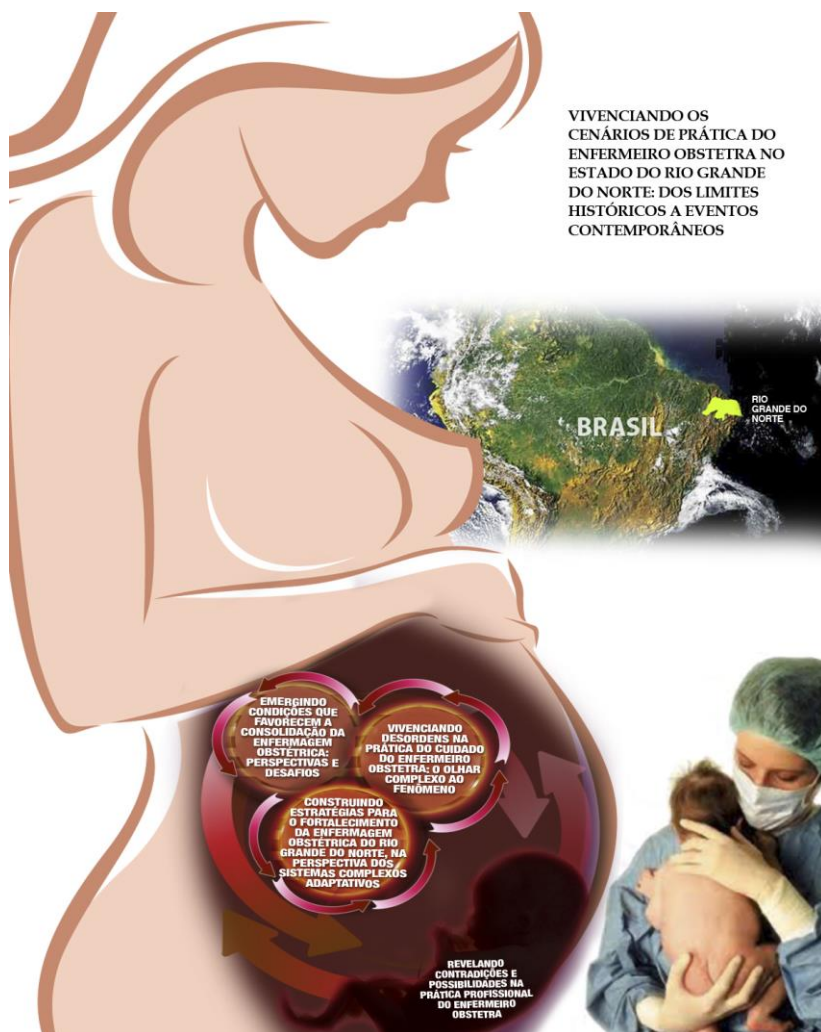
**REVELANDO CONTRADIÇÕES E POSSIBILIDADES NA PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO OBSTETRA** que está situado num contexto que poderá modificar a atuação do enfermeiro obstetra na atenção ao parto.

A Figura 2 retrata o modelo teórico paradigmático e é apresentado trazendo a simbologia de uma mulher grávida, inserida em determinada localidade (maternidades do RN e contexto histórico das parteiras e enfermagem obstétrica) que, conjuntamente representam o contexto. As condições causais, condições intervenientes e ações/interações estratégicas são simbolizadas, através da fase de evolução do conceito, por meio das interações e integrações múltiplas, dentro de um útero grávido, que conjuntamente irão evoluir e gerar o feto, caracterizado na figura como as consequências do nosso estudo.

Nesse sentido é necessário compreender que os movimentos são dinâmicos e complementares entre as categorias numa construção de idas e vindas, de ordens e desordens, de não linearidade que caracterizam a atuação do enfermeiro obstetra no RN e nos faz enxergar as contradições, almejando as possibilidades e o crescimento da enfermagem obstétrica no Estado.



Figura 2 - Configurando o modelo da prática do cuidado do enfermeiro obstetra à mulher no parto hospitalar: revelando contradições e possibilidades.



Fonte: Elaborada pela pesquisadora principal



## 9 APRESENTANDO OS MANUSCRITOS

A discussão dos resultados será apresentada em manuscritos, de acordo com a Instrução Normativa de nº 10/PEN/2011, definindo que os resultados das teses deverão ser apresentados em no mínimo três manuscritos/artigos (ANEXO E) que retratem o fenômeno do estudo. Realizar movimentos de idas e vindas, identificar as relações das categorias, discutir o referencial teórico foram etapas instigadoras e complexas na elaboração dos manuscritos. Apresentaremos um conjunto de cinco manuscritos a seguir.

Assim, **VIVENCIANDO OS CENÁRIOS DE PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE: DOS LIMITES HISTÓRICOS A EVENTOS CONTEMPORÂNEOS** é o manuscrito 1, que representa o contexto da pesquisa.

**EMERGINDO CONDIÇÕES QUE FAVORECEM A CONSOLIDAÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA: PERSPECTIVAS E DESAFIOS** discorre sobre os fatores que interferem no cuidado do enfermeiro no parto, que são: a formação, as interações e relações que o enfermeiro constrói na prática obstétrica e a gestão de saúde e das maternidades. Então, o manuscrito 2 representa as condições causais do estudo.

**VIVENCIANDO DESORDENS NA PRÁTICA DO CUIDADO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO PARTO: O OLHAR COMPLEXO AO FENÔMENO** mostra as dificuldades presentes, durante o cuidado do enfermeiro no parto, retratando as condições intervenientes do modelo paradigmático do fenômeno, caracterizado no manuscrito 3.

**CONSTRUINDO ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA DO RIO GRANDE DO NORTE, NA PERSPECTIVA DOS SISTEMAS COMPLEXOS ADAPTATIVOS** traz as estratégias para a melhoria do cuidado do enfermeiro no parto. São as ações/interações estratégicas do fenômeno, representadas pelo manuscrito 4.

E, por fim, **REVELANDO CONTRADIÇÕES E POSSIBILIDADES NA PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO OBSTETRA** discorre sobre a prática do enfermeiro obstetra, bem como as contradições e possibilidades. Assim, é a consequência do fenômeno, representado pelo manuscrito 5.

Dessa forma, os cinco manuscritos com os resultados e as discussões do fenômeno estão apresentados neste capítulo.

**9.1 Manuscrito 1 - Vivenciando os cenários de prática do enfermeiro obstetra no Estado do Rio Grande do Norte: dos limites históricos a eventos contemporâneos**

**VIVENCIANDO OS CENÁRIOS DE PRÁTICA DO  
ENFERMEIRO OBSTETRA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO  
NORTE: DOS LIMITES HISTÓRICOS A EVENTOS  
CONTEMPORÂNEOS**

**EXPERIENCING OBSTETRIC NURSE PRACTICE SCENARIOS  
IN THE STATE OF RIO GRANDE DO NORTE: FROM  
HISTORICAL LIMITS TO CONTEMPORARY EVENTS**

**EXPERIMENTANDO ESCENARIOS DE PRÁCTICA DE  
ENFERMERÍA OBSTÉTRICA EN EL ESTADO DE RIO  
GRANDE DEL NORTE: DE LOS LÍMITES HISTÓRICOS A LOS  
ACONTECIMIENTOS CONTEMPORÂNEOS**

**Maria Cláudia Medeiros Dantas de Rubim Costa<sup>1</sup>  
Alacoque Lorenzini Erdmann<sup>2</sup>**

**RESUMO**

O estudo objetivou compreender o contexto da prática do enfermeiro obstetra no Estado do Rio Grande do Norte (RN). Utilizou-se como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados e como referencial teórico a Teoria da Complexidade. A coleta de dados foi realizada de fevereiro a outubro de 2014 e ocorreu nas maternidades de referência do estado que possuíam a atuação do enfermeiro obstetra. Foram entrevistados 31 participantes que constituíram três grupos

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC. Brasil. Professora da Escola de Enfermagem/UFRN. Integrante do Grupo de Pesquisa GEPADES – PEN/UFSC. Endereço: Av. Abel Cabral, Condomínio Jardim Atlântico, nº 2035, casa 16. Nova Parnamirim. Parnamirim- RN. Telefone: (84) 99551535. E-mail: mclaudiadantas@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC. Brasil. Coordenadora do Grupo de Pesquisa GEPADES – PEN/UFSC. Pesquisadora 1 A do CNPq. E-mail: alacoque@newsite.com.br

amostrais. Vivenciando os cenários de prática do enfermeiro obstetra no Estado do RN: dos limites históricos a eventos contemporâneos é a categoria central, composta pelas subcategorias: resgatando a construção histórica da enfermagem obstétrica no Estado do RN; reconhecendo o trabalho da parteira nos hospitais como fundamental na assistência ao parto; identificando a dicotomia nos cenários de prática do enfermeiro. A (re) significação da prática do enfermeiro é construída, também, a partir do contexto de atuação e suas interfaces complexas.

**Palavras-chave:** Enfermagem Obstétrica. Parto Normal. Complexidade.

### **ABSTRACT**

The study aimed to understand the obstetric nurse practice environment in the State of Rio Grande do Norte (RN). The Grounded Theory was used as a methodological reference and the Complexity Theory was the theoretical framework. Data collection was conducted from February to October 2014 and occurred in the State reference maternities that had obstetric nurses. 31 participants were interviewed, composing three sample groups. The central category – Experiencing obstetric nurse practice scenarios in the state of RN: from historical limits to contemporary events – consists of the sub-categories: rescuing the historical construction of midwifery in the state of RN; recognizing the work of midwives in hospitals as crucial in assisted birth; identifying the dichotomy in nursing practice scenarios. The (re) meaning of nurse practice is also constructed from the context of work and its complex interfaces.

**Keywords:** Obstetric Nursing. Normal delivery. Complexity.

### **RESUMEN**

El estudio tuvo como objetivo comprender el contexto de la práctica de enfermería obstétrica en el Estado de Río Grande del Norte (RN). La Teoría Fundamentada se utilizó como referencia metodológica y la Teoría de la Complejidad fue el marco teórico. La recolección de datos se llevó a cabo de febrero a octubre de 2014 y se produjo en las maternidades de referencia del Estado que tenían el desempeño de la enfermería obstétrica. 31 participantes fueron entrevistados, componiendo tres grupos de la muestra. La categoría central – Experimentando escenarios de práctica de enfermería obstétrica en el Estado de Rio Grande del Norte: de los límites históricos a los acontecimientos contemporáneos – es la categoría central, que se compone de las sub-categorías: rescatando la construcción histórica de la partería en el estado de RN; reconociendo el trabajo de las parteras en

los hospitales como crucial en el nacimiento asistido; identificando la dicotomía en escenarios de práctica de enfermería. La (re) significación de la práctica de enfermería se construye también a partir del contexto de trabajo y sus interfaces complejas.

**Palabras clave:** Enfermería Obstétrica. Parto normal. Complejidad.

## INTRODUÇÃO

A Rede Cegonha, lançada em 2011 como estratégia política para melhorar a assistência ao parto e nascimento, depara-se com a resistência de profissionais de saúde e dificuldades em romper modelos medicalocêntricos e com foco nos profissionais de saúde e nos serviços. Por outro lado, a consciência dos direitos no processo de nascimento tem mudado as perspectivas da sociedade quanto à necessidade de melhoria nos processos assistenciais na referida área. Portanto, torna-se imperativa a mudança de práticas, atitudes profissionais e organização dos serviços que podem refletir nos indicadores obstétricos e neonatais no país. Nesse cenário, a enfermagem obstétrica, nos últimos anos, tem sido bastante discutida nas pautas da saúde em todo o mundo. No Brasil, o investimento em qualificação de enfermeiros obstetras está sendo prioridade nacional, bem como o incentivo ao Centro de Parto Normal (CPN) e à inserção do enfermeiro obstetra em algumas maternidades privadas (LEAL, 2014). Então, os cenários da prática estão sendo discutidos como estratégia de fortalecimento do parto natural e da atuação do enfermeiro obstetra.

Essa realidade se dá pela necessidade de melhor acompanhamento à mulher no processo de parto, que deverá ser realizado por profissionais capacitados. As discussões sobre as boas práticas obstétricas e ambiência vem sendo pautadas desde a década de 90 no país (GOMES, 2014). A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde vêm realizando discussões e elaborando protocolos e portarias que favorecem a presença do enfermeiro obstetra na condução do parto de risco habitual. Nesse sentido, os ambientes para a implementação do novo modelo deverão ser favoráveis. Assim, a mudança de postura dos profissionais e gestores de saúde é um desafio que deverá ser enfrentado, diante dos indicadores desfavoráveis para a saúde materna e neonatal.

No Brasil, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2015) reconhece a necessidade de investimentos nas maternidades nos processos de nascimento e destaca a

importância de apoiar a preferência ao parto vaginal, a implantação dos centros de parto normal, intra-hospitalar, a inserção da enfermeira obstetra nas maternidades públicas e privadas e defender ações que favoreçam a satisfação da parturiente. A perspectiva das políticas públicas e entidades de classe e profissionais é oferecer às mulheres o parto natural e seguro, retomando conceitos e contextos importantes advindos das parteiras com respeito à autonomia, à cultura das parturientes e com o ambiente aprazível, na presença de pessoas significativas para a mulher.

Os locais de nascimento deverão ter o investimento quanto à ambiência com a preocupação do espaço físico que denote o favorecimento das boas práticas, mas também da necessidade de espaços que oportunizem a melhoria nos processos de trabalho e nas relações desenvolvidas nos contextos dos nascimentos. Assim, nesse processo, entendemos que o espaço não é estático e precisa estar constantemente sendo reinventado e potencializado (BRASIL, 2014).

Apesar de o parto hospitalar estar inserido no contexto medicalizado, poderá preservar a naturalidade e a fisiologia do parto natural e humanizado realizado por profissionais capacitados. No Rio Grande do Norte a atuação do enfermeiro obstetra ainda é bastante incipiente, e as maternidades que desenvolvem a prática da enfermagem obstétrica são pontuais, apesar de possuírem histórico dessa atuação. Assim, as maternidades de ensino vinculadas à Universidade, as maternidades vinculadas à capital do estado (Secretaria Municipal de Saúde de Natal) e algumas referências vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde estão representadas em nosso estudo, perfazendo um total de cinco instituições hospitalares. Dessas, as municipais são de referência para o baixo risco, a de ensino e de pequeno porte, de médio risco, e a de ensino e vinculada à Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP-RN) são caracterizadas de alto risco. Diante da realidade, sentiu-se a necessidade de compreender os significados atribuídos pelo enfermeiro sobre o contexto da enfermagem obstétrica no Rio Grande do Norte, guiada pela seguinte questão de pesquisa: Como os enfermeiros obstetras significam o contexto da enfermagem vivenciado em suas práticas no Rio Grande do Norte (RN)?

## **OBJETIVO**

Compreender o contexto da prática do enfermeiro obstetra no Estado do Rio Grande do Norte (RN).

## MÉTODO<sup>3</sup>

Caracterizou-se por abordagem qualitativa, sendo o referencial teórico a Teoria da Complexidade e o referencial metodológico, a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

Foi realizado em cinco maternidades do Rio Grande do Norte após aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, segundo o Parecer de nº 507.327. Como critérios de inclusão, as maternidades teriam que possuir histórico em relação à atuação do enfermeiro obstétrico e de humanização do parto.

Os participantes da pesquisa foram organizados a partir de grupos amostrais cujo objetivo foi alcançar densidade conceitual, como determinam os pressupostos da TFD (STRAUSS; CORBIN, 2008). Assim, o primeiro grupo amostral foi constituído por 16 enfermeiros. A partir das hipóteses surgidas e da necessidade de elaboração de conceitos, em níveis de suas propriedades e dimensões, foi construído o segundo grupo amostral, composto por gestores de saúde e diretores de hospitais/maternidades, perfazendo um total de oito profissionais. E, por fim, o grupo de médicos obstetras, com sete profissionais, objetivando refinar os conceitos construídos nas etapas anteriores.

Os processos de coleta e análise ocorreram no período de fevereiro de 2014 a outubro de 2014, sendo realizada entrevista individual, por meio de uma pergunta norteadora, gravadas em meio digital e armazenadas em gravador e computador, em local que garantisse a confidencialidade e a privacidade. O processo de coleta de dados foi finalizado a partir do momento em que as categorias estavam bem desenvolvidas em termos de suas propriedades e dimensões.

O processo de coleta e análise aconteceu simultaneamente, de forma comparativa, e a análise iniciou-se pela microanálise, linha por linha, por meio da codificação aberta, responsável pela decomposição, análise, comparação, conceituação e categorização. Posteriormente evoluiu para a codificação axial, também por meio da microanálise, mas relacionando a categoria à subcategoria, ou seja, às suas propriedades e dimensões; e finalmente a codificação seletiva, que oportunizou a delimitação da categoria central, até a fase da integração das categorias e do fenômeno central.

---

<sup>3</sup> O estudo é produto da Tese “Configurando o modelo da prática do cuidado do enfermeiro obstetra à mulher no parto hospitalar: revelando contradições e possibilidades”.



Como recursos estratégicos da Teoria Fundamentada nos Dados, foram construídos memorandos e diagramas que favoreceram o registro do processo analítico. Os memorandos caracterizaram-se por registros de análises realizadas com o objetivo de elaboração de novos questionamentos e formulação de hipóteses. A elaboração de diagrama auxiliou na visualização gráfica e na relação dos conceitos.

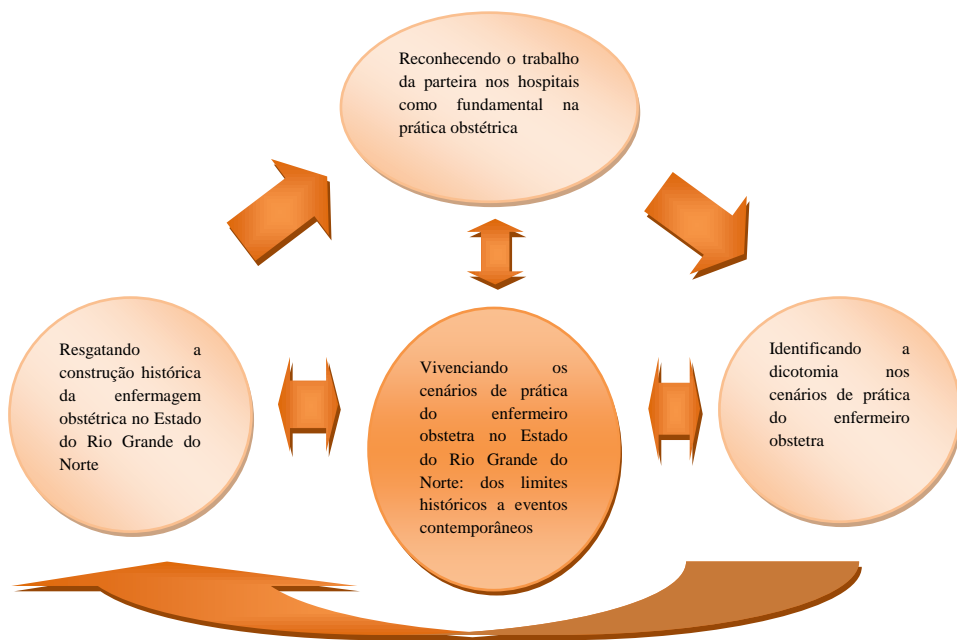
## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Entender o ser humano e sua saúde, bem como os fenômenos relacionados é objetivo das profissões, além de promover experiências e significados de vida. Assim, é importante o entendimento dos contextos nos quais os fenômenos acontecem para que possamos compartilhar significados e compreender os fenômenos (HINDS; CHAVES; CYPRESS, 1992).

Morin (2011) aponta que não há sentido no conhecimento das informações e dados isolados sem situá-los num contexto.

O contexto da enfermagem obstétrica no Rio Grande do Norte foi revelado pela categoria: Vivenciando os cenários de prática do enfermeiro obstetra no Estado do Rio Grande do Norte: dos limites históricos a eventos contemporâneos. E é constituída pelas subcategorias: Resgatando a construção histórica da enfermagem obstétrica no Estado do Rio Grande do Norte; Reconhecendo o trabalho da parteira nos hospitais como fundamental na prática obstétrica; Identificando a dicotomia nos cenários de prática do enfermeiro obstetra. Estas permitiram a densidade conceitual do fenômeno.

Figura 3 - Vivenciando os cenários de prática do enfermeiro obstetra no estado no Rio Grande do Norte: dos limites históricos a eventos contemporâneos.



Fonte: Elaborada pela pesquisadora principal

## SUBCATEGORIA 1 - RESGATANDO A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Historicamente, a assistência à mulher no parto é marcada pela figura da parteira tradicional, caracterizada como precursora da atuação domiciliar e respeito ao parto natural. Atualmente, vivencia-se um resgate dessa prática, desta vez, apoiado como prática do enfermeiro obstetra. As falas, além de retroagirem no tempo, apontam questionamentos e justificativas, caracterizando este momento como paradoxal e necessário para a emergência do novo: o trabalho desenvolvido pela parteira caracterizado por uma atuação domiciliar e hospitalar, baseada em respeitar a naturalidade do parto é resgatado nos dias atuais por profissionais da atenção obstétrica, tendo um reconhecimento importante na construção do processo de trabalho do enfermeiro obstetra. Há, dessa forma, uma preocupação com o resgate histórico e o reconhecimento das parteiras tradicionais como

organizadoras das práticas obstétricas não médicas e, conseqüentemente, emergindo para o trabalho das enfermeiras obstetras, com a evolução histórica da assistência obstétrica em relação aos processos formativos.

[...] mas na verdade é um modelo antigo que está sendo resgatado, então fica este paradoxo, porque a gente quer seguir, voltar àquele modelo de parteira, daquele atendimento em domicílio, daquele parto natural, sem muita intervenção! Então é um novo modelo, mas na verdade é uma cópia melhorada do modelo antigo, tão natural, tão humano, que com o tempo foi sendo perdido....Então este paradoxo traz pra gente uma reflexão desse modelo antigo, mas com uma visão nova, de estar inserindo novas práticas não farmacológicas que, no tempo, nem se falava nesse nome. Então vai ganhando uma nova roupagem e o novo que a gente chama é o antigo (E15).

[...] grandes marcos de parteiras. Todas vieram construindo essa história da obstetrícia e eu vejo que a gente é um instrumento (E11).

[...] desde a questão de quando outras pessoas deixaram de fazer parto, as parteiras, e elas deixaram de fazer parto e passaram a ser os enfermeiros e vem tendo uma medicalização do parto. Então os médicos passaram a tomar conta desse território [...] (G06).

[...] eu acho que até hoje elas (parteiras) sentem um certo constrangimento de ver que tantos partos que elas fizeram, de todo jeito, de alto risco, de baixo risco de tudo no mundo, mas que hoje foram lhe tirado este direito de fazer essa função [...] (M02).

Nascimento et al. (2009), no que diz respeito ao parto domiciliar, discorre sobre a parteira tradicional como de idade avançada, baixa escolaridade e mãe. É respeitada e reconhecida na comunidade, geralmente sendo uma líder e de grande importância na saúde da mulher. Elas não possuem capacitação ou adquirem experiência pela convivência com outras parteiras.

Se considerarmos a formação acadêmica, historicamente, a parteira foi formada pela primeira vez em 1832 pela faculdade de

medicina no Rio de Janeiro, vinculada à escola médica. Em 1894 a formação passou a ser através da Escola Profissional de Enfermeiros, e em 1923, pela Escola de Enfermagem Ana Nery. Porém, por volta de 1950 e 1960 os enfermeiros passaram a questionar a formação das parteiras pelas escolas de enfermagem, sendo extinta essa formação de parteira, e a partir de 1972 passou a ser uma das modalidades de habilitação do curso de enfermagem, evoluindo, nos dias de hoje, para a formação de especialista, após a graduação em enfermagem (BRENES, 1991; LUCAS, 2005; GARCIA; LIPPI; GARCIA, 2010; PADILHA; BORESTEIN; SANTOS, 2011; TYRREL; SANTOS).

Assim, no contexto do Rio Grande do Norte, são a própria história e a relação com os termos para nomear a profissão, por vezes confusos que gera certa dificuldade na identidade profissional até os dias de hoje. Sendo assim, algumas parteiras caracterizavam-se por pessoas da comunidade, líderes, mães com experiência na realização do parto, outras, consideradas mais recentes, com experiências na realização de parto, mas que realizaram algum tipo de formação, como a de auxiliares de enfermagem, e que, a partir de experiências anteriores na comunidade e posteriormente por formação limitada, passaram a atuar em hospitais no Rio Grande do Norte, especificamente no hospital localizado no interior do estado.

As parteiras então realizavam o partejar e o cuidado ao parto normal domiciliar, bem como realizavam os partos de risco habitual e, às vezes, de risco, em ambientes hospitalares. São reconhecidas pela equipe de enfermeiros e equipe médica como fundamentais na assistência ao parto, também em hospitais. Dessa maneira, os profissionais da saúde simbolizam a atuação do enfermeiro obstetra como um produto proveniente das práticas obstétricas desenvolvidas pelas parteiras.

Esta realidade do parto natural conduzido por parteiras também é presente em outros países. Na China foi implementada unidade de parto liderada por parteiras, com resultados de mais 87% de partos vaginais, onde as mulheres foram acompanhadas pela parteira e um acompanhante, com resultados positivos de redução de cesáreas. A parteira, então, proporciona ambiente favorável, sem intervenção, e promove um aumento de satisfação da mulher (CHEUNG, 2011a; CHEUNG, 2011b). Na Nova Zelândia estudos têm mostrado a importância de um modelo de nascimento realizado pelas parteiras com o objetivo de facilitar o parto (DAVIS; WALKER, 2010). Nos Estados Unidos, estratégias de promoção de um nascimento natural não farmacológico estão sendo incentivadas através de estratégias físicas,

emocionais, educacionais e de direitos, e 99% dos partos são realizados com a presença da enfermeira. Consta-se que o parto natural pode ser realizado em ambiente hospitalar que promova segurança para a mulher, mas esteja nos princípios do respeito à fisiologia (ADAMS; BIANCHI, 2008; FLEMING; VANDERMAUSE, 2011).

Com o decorrer do tempo, a medicalização do parto e o advento das técnicas intervencionistas proporcionaram um rito de passagem entre o parto realizado em comunidades e o parto institucionalizado nos hospitais, deixando de ser realizado pela parteira e passando a ser realizado pelo médico. Passou ainda de um rito do apoio, carinho e vinculação para o de despersonalização (CASTRO; CLAPIS, 2005; MAMEDE; MAMEDE; DOTTO, 2007).

Assim, constata-se que na assistência ao parto em vários cenários no mundo é comum a presença da parteira como a profissional capaz de atuar nos partos naturais, sem intervenção.

O desabrochar das mudanças em busca de um modelo novo e ao mesmo tempo antigo, os contextos de relações autonomia/dependência, o (re)significado do nascimento domiciliar/ nascimento hospitalar, o parto no modelo tecnocrático e o parto no modelo humanístico, o administrativo e o assistencial, o natural e o medicalocêntrico são contradições suficientes para a necessidade do olhar da complexidade com o objetivo de compreender o contexto numa perspectiva de conjunção e não de disjunção e redução, de transformação e não de acomodação (MORIN, 2010).

## SUBCATEGORIA 2 - RECONHECENDO O TRABALHO DA PARTEIRA NOS HOSPITAIS COMO FUNDAMENTAL NA PRÁTICA OBSTÉTRICA

A parteira representa a organização das práticas obstétricas centradas no domicílio, que, com o passar dos anos, também apresentaram-se como um trabalho de reconhecimento importante no Estado do Rio Grande do Norte, em alguns hospitais. O que traduz um importante componente, que traz o embasamento e os preâmbulos do processo de trabalho do enfermeiro obstetra nos hospitais na realidade apresentada, entendendo que o profissional de saúde não médico que conduzia e acompanhava o trabalho de parto, tanto em domicílio, quanto em ambiente hospitalar, na ausência do médico, era a parteira. Às vezes, sem formação específica, por vezes sendo auxiliares de enfermagem, com atuação na sala de parto, designadas inicialmente como parteiras,

por sua experiência na realização de partos domiciliares, e que realizaram, posteriormente, a formação de auxiliar de enfermagem.

Com o passar dos anos, na década de 70, a obstetrícia passou a ser habilitação da enfermagem, já que possuíam fins equivalentes. Posteriormente, na década de 90, as habilitações deixaram de existir e a obstetrícia passou a ser conquistada por meio dos cursos de especialização obstétrica (TYRREL; SANTOS; LUCAS, 2005). Por conseguinte, e por força da legislação, as parteiras foram perdendo espaços de realizar os procedimentos invasivos, principalmente em ambiente hospitalar, dando lugar às enfermeiras com formação em obstetrícia. Hoje, existem resquícios de alguns desses profissionais, nos hospitais, com atuação limitada, ou seja, perderam a atuação anterior na condução do parto normal. Porém, o reconhecimento do trabalho das parteiras é enfatizado como de suma importância, principalmente para a equipe médica.

Esse fato se explica pela subordinação existente na relação, desde os primórdios das parteiras, que eram vinculadas às escolas de medicina, no século XIX, e traz conforto para a referida equipe até muito pouco tempo, diferentemente do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro obstetra, que possui autonomia e conduz o processo de parto, causando a disputa de espaço e conseqüentemente de poder. O processo de trabalho do enfermeiro não pode ser de subordinação ao processo de trabalho do médico, mas sim de integração.

Se reportar a um tempo atrás havia uma parteira nos hospitais, inclusive privados, que elas ligavam para gente da obstetrícia e diziam quanto é que estava o toque e dizia como estava a dilatação, estabelecia um prognóstico [...] e confiamos bem nessas parteiras, nem eram enfermeiras obstetizes, muitas das vezes eram de formação limitada, eram técnicas de enfermagem, que tinham uma experiência e uma vivência na assistência ao parto (M01).

Dessa maneira, o reconhecimento da importância da parteira no contexto do parto hospitalar realizado pelo médico se dá permeado de postura de subordinação, caracterizado como cômodo e sem ameaça de espaços. Quanto ao trabalho dos enfermeiros, na visão dos médicos é percebido como importante, portanto ameaçador, já que a relação não deve se estabelecer pela subordinação e sim pela integração. Gregório e Padilha (2012) discorrem que antes da presença das enfermeiras

obstetras, as decisões em relação à assistência ao parto hospitalar, eram divididas entre as parteiras e os médicos, existindo o reconhecimento dos médicos quanto o fazer (prática) das parteiras, apesar de não terem o conhecimento científico.

No contexto da pesquisa, o enfermeiro absorveu o processo de trabalho das parteiras. Este resultado, também, encontrado no estudo de Gregório e Padilha (2012). Porém o enfermeiro obstetra no Estado do RN incorpora novos modelos em sua prática, enquanto que a habilidade prática das parteiras configurava confiança para os médicos. Por sua vivência, traziam segurança em seus procedimentos.

Hoje o contexto no qual as mulheres têm parido é permeado de aparato tecnológico em ambiente hospitalar e acompanhado em sua maioria pelo médico. Gomes, Moura e Souza (2013) discorrem que a atuação do enfermeiro nos cenários tradicionais do nascimento provocou um desequilíbrio na ordem criada, onde prevalece o conhecimento-regulação, ou seja, regulado pela medicalização. Esta desordem caracteriza a transição paradigmática na atenção ao parto. A parteira traz o significado do parto domiciliar, com a presença dos familiares e humanizado. O enfermeiro obstetra resgata o perfil das parteiras em seu cuidado na realização dos partos hospitalares. Por outro lado, o médico reconhece a importância da parteira, pela sua segurança e pela relação de subordinação existente entre eles. Quanto ao enfermeiro, o reconhecimento ao trabalho das parteiras se dá pelo modelo de resgate ao parto livre de intervenções. Essa realidade gera uma luta de poder e de espaço nas maternidades.

### SUBCATEGORIA 3 – IDENTIFICANDO A DICOTOMIA NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA

A assistência ao parto natural, que antes se dava no domicílio, com o transcorrer dos anos, passou a ser realizada em ambiente hospitalar. É necessário que possamos contextualizar um pouco o surgimento dos hospitais e a relação dessas instituições nos processos do nascimento.

Historicamente os hospitais, antes do século XVIII, eram considerados um lugar de assistência aos pobres, com a finalidade de separá-los e excluí-los da sociedade. Então, o pobre que estava morrendo tinha o hospital como seu cenário de encerramento da vida. Os cuidadores eram religiosos ou leigos almejando a salvação eterna (espécie de claustro). Neste contexto, a função médica inexistia, ou não

aparece, pois a experiência em hospitais era excluída dessa formação. A função do médico era a medicina individual (FOUCAULT, 1979).

Porém, com passar dos anos, a necessidade da anulação das desordens hospitalares introduz os processos de medicalização, principalmente nos hospitais militares que tinham interesses econômicos. O objetivo era impedir uma desordem econômica ou médica e não propriamente a cura. Era necessário curar os soldados e evitar que os mesmos morressem de doença. No mesmo raciocínio, percebe-se também a necessidade da disciplinarização no referido contexto. Assim, as razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo e a preocupação com a propagação de epidemias em soldados, resultaram na disciplinarização, antes militar, agora nos espaços confusos dos hospitais, possibilitando a medicalização.

Então, o espaço médico nos hospitais nasce do deslocamento da intervenção médica e da necessidade de disciplinarização do espaço hospitalar. Há, também, a partir de então, no século XVIII, uma preocupação com o meio ambiente. A inversão nas relações hierárquicas é marcada pelo ritual da visita médica, em cada leito, seguida de estudantes, enfermeiras e assistentes. Nesse cenário o médico deve ser anunciado por uma sineta e a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhá-lo sempre (FOUCAULT, 1979).

O poder médico é resultado de um processo histórico e a atenção ao parto também sofre as consequências da hospitalização, da medicalização, da fragmentação e da assistência, ainda focada no médico. Porém, as discussões atuais têm direcionado perspectivas de mudanças no nascimento.

Quanto aos cenários da prática, a atuação do enfermeiro obstetra com autonomia depende do lugar de inserção de trabalho e da equipe de plantão, pois a liberdade na assistência ao parto apresenta muitas dificuldades, quando a hegemonia médica é uma realidade e envolve diversos fatores que interferem negativamente na atuação do enfermeiro.

São pessoas (enfermeiros obstetras) que além de trabalhar aqui também trabalham em outros serviços e até realizam o parto em algum outro local que não aqui (G06).

Infelizmente isso não é com todos os profissionais. A gente tomou conhecimento que em outras unidades o parto realizado pelos enfermeiros é bem aceito por alguns médicos. Aí assim, na nossa realidade, infelizmente a gente já tinha essa realidade (falta de autonomia) antes. E



depois do curso parece que aumentou um pouco mais. É como se a gente tivesse concorrendo e não colaborando com serviço. Então isso é para nós, frustrante (G07).

Então, na realidade estudada as maternidades onde o enfermeiro possui maior autonomia estão concentradas nos hospitais universitários e mais especificamente na maternidade localizada no interior do Estado do Rio Grande do Norte (UFRN), em que a cultura organizacional é favorável à referida prática. Os enfermeiros, neste contexto, referiram plena atuação, principalmente com a equipe multiprofissional e a categoria médica. A equipe volta-se para o enfermeiro, pois ele é a referência no cuidado obstétrico e direciona a atuação dos demais membros. Conseguem construir uma relação de respeito, de confiança, onde o profissional tem voz e sua informação durante a assistência ao parto é valorizada, ele sinaliza condutas e agrega valores na relação, principalmente no que diz respeito à confiança.

Aqui no HUAB eu vejo que o enfermeiro obstetra, ele é autônomo realmente. Ele faz o parto, ele faz o acompanhamento, assim que a paciente chega, o acolhimento, realiza o parto, faz a prescrição (enfermagem) e o médico praticamente só interna e dá a alta (E09).

A residência multiprofissional tem facilitado a formação do enfermeiro no contexto da autonomia e da valorização do referido profissional na assistência ao parto. Na maternidade da capital, também vinculada à UFRN, a autonomia é mais limitada, pois depende da equipe médica presente no cotidiano da prática do enfermeiro, além de ser caracterizada por uma maternidade de alta rotatividade e de alta complexidade. Portanto, pela caracterização da assistência ao parto é intervencionista. Porém, mesmo com as dificuldades, os enfermeiros sinalizam autonomia, em comparação as maternidades vinculadas ao estado, pois, nos hospitais vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Natal e à Secretaria Estadual de Saúde do Estado, o enfermeiro não possui autonomia para trabalhar e, dessa forma, não realiza o parto, ou realiza em situações extremas.

E eu me deparo com a residência em um hospital de porte pequeno, acolhedor, onde eu entro e eu consigo construir uma relação com os médicos de

respeito, de confiança, onde você é ouvida. Na verdade, sua informação tem valor, sua opinião tem valor e confiança. À medida que sua opinião vai sendo ouvida, você vai agregando valor e agregando confiança também a isso. Então, quando você se depara: você também é um membro da equipe obstétrica, com médicos obstetras, parteiras. Você lá é inserido como enfermeiro, dando opinião, sinalizando alguns sinais de perigo que acontecem no processo de trabalho de parto e atuando, atuando, nunca distante. Então eu me deparo com essa realidade que marcou muito, essa questão do diálogo entre a equipe e o enfermeiro inserido dentro da equipe, atuando [...] (E11).

[...] aqui na maternidade, realmente eu atuo plenamente, tenho autonomia, não tenho problema nenhum com a equipe, e, no outro serviço que eu trabalhava, eu era mais limitada (E04).

E, hoje, eu estou aqui na Januário Cicco. A gente tem bem mais abertura do que no Hospital Santa Catarina (E05).

Nesse contexto, as maternidades que são vinculadas ao ensino e consequentemente à formação profissional demonstram a preocupação quanto às discussões, reflexões e ao papel do referido cenário de prática nas diretrizes do Ministério da Saúde e dos Órgãos formadores, que devem impactar positivamente na formação do enfermeiro obstetra, apesar de existirem dificuldades importantes para serem superadas.

Quanto às diretrizes do Ministério da Saúde em relação à Saúde da Mulher, a Rede Cegonha na atualidade prioriza a assistência ao parto de qualidade e resolutiva. O enfermeiro obstetra é definido como importante agente de mudança de modelo, no que diz respeito à diminuição da medicalização e intervenções desnecessárias no nascimento e redução da mortalidade materna e neonatal (BARROS; SILVA, 2004). Assim, contextos pontuais, mas inovadores e organizativos têm causado impacto na realização do nascimento.

As maternidades vinculadas à UFRN, desde 2013, passam por transformações nos processos de gestão, sendo, a partir da referida data, geridas por uma empresa pública denominada EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares). Isto se deu devido ao sucateamento dos hospitais universitários (HUs) ao longo dos anos, em relação ao financiamento, aquisição de recursos humanos, equipamentos e

infraestrutura física, e principalmente pela ineficiência nos processos de gestão.

Dessa maneira, os HUs estão recebendo investimentos nas áreas estratégicas: aquisição de recursos humanos, capacitação gerencial, aquisição de equipamentos, infraestrutura física, Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários (AGHU). Porém, o direcionamento de impacto está sendo em relação à condução de processos de gestão, pautados nas necessidades do SUS. A política de humanização da assistência, a preocupação com a construção das linhas de cuidados, a política de segurança do paciente, a contratualização dos hospitais com o SUS local, a regulação dos serviços, o foco no usuário objetivam modificar a realidade dos hospitais de ensino. Então, assegurar a excelência na assistência, garantir condições para que a EBSEH se torne referência na gestão de hospitais e apoiar as instituições federais de ensino na formação de profissionais de saúde (ensino, pesquisa e extensão) são os objetivos estratégicos da empresa (BRASIL, 2015).

Na assistência ao parto, o modelo pré-parto, parto e puerpério (PPP) é uma realidade consolidada de atuação do enfermeiro nos partos de risco habitual, em parceria com a equipe médica, que acompanha indiretamente e está alcançável para as intercorrências. Os residentes de enfermagem consolidam sua prática com os enfermeiros obstetras. Os médicos aos poucos têm absorvido a cultura assistencial do enfermeiro, no que diz respeito à naturalidade do parto. O enfermeiro desenvolve o acompanhamento do parto com autonomia e com confiança da equipe de saúde.

Eu sou profissional daqui há mais de 15 anos, mas é comentado em todo canto e nos vários cantos que eu já passei, em mais de seis hospitais, em diferentes maternidades e em locais diferentes, não existe um espaço maior para o enfermeiro obstetra que aqui no Ana Bezerra. Ele é reconhecido em todo o canto. Então, essa prática daqui que tem sido divulgada em todo o canto e comentada por quem já passou por aqui. É uma coisa importante para se ver como é que o enfermeiro atua (M02).

Geralmente a gente combina com os médicos: “Não vamos colocar ocitocina agora, não! Vamos esperar para realizar amniotomia, esperar a contração regular!” E assim... dependendo de quem for a equipe, a gente consegue esperar mais;

para não colocar soro; deixar a paciente livre para andar; a alimentação é uma dieta líquida, que a gente oferece aqui, aí consegue (E04).

Assim, esses movimentos organizativos favorecem a qualidade da assistência, à medida que alcançamos processos gerenciais eficazes que proporcionam contextos inovadores na assistência ao parto. Então, é perceptível a diversidade existente nos cenários de prática do enfermeiro obstetra, facilitando, ou dificultando sua plena atuação. A gestão, neste contexto, é fundamental para o direcionamento de boas práticas e da valorização da atenção ao parto. O novo modelo de gestão dos HUs e a estrutura de ensino e pesquisa que é fornecida aos alunos durante sua formação fazem dos hospitais de ensino alternativas de mudanças nos contextos de parto no Estado do Rio Grande do Norte.

Por outro lado, contextos que impedem a prática do enfermeiro estão presentes em quase todas as maternidades do estado. Vários são os motivos que desfavorecem a atuação. A hegemonia médica, a cultura separatista da atuação médico/enfermeiro na assistência ao parto, o incentivo à produtividade (pró-labore fornecido ao médico por produtividade), falta de estrutura física, dificuldade nos processos de gestão, deficiência no quantitativo de profissionais de enfermagem e de capacitação.

Cada vez mais esses locais de atuação da assistência ao parto distanciam o enfermeiro, restringindo sua prática para o gerenciamento dos processos, para que o médico tenha condições de realizar os procedimentos peculiares ao nascimento. A polarização nos processos de trabalho no que diz respeito à condução do parto impede muitas vezes que um parto de baixo risco tenha a presença do médico, ou que um parto de maior risco tenha a presença do enfermeiro, junto com o médico. Barros e Silva (2004) apontam em seu estudo que as ações indiretas dos enfermeiros no centro obstétrico acontecem com a finalidade de provimento de materiais e de recursos humanos para a realização dos procedimentos.

[...] o que nos compete é apenas ajudar, colaborar com a equipe. A gente não atua como enfermeira obstetra. O que a gente faz qualquer profissional de enfermagem pode fazer, entendeu? Então eu me sinto, de certa forma, frustrada, porque eu poderia atuar melhor e a nossa participação é apenas colaborando [...] (G07).

Outro fator importante nos locais de atuação do enfermeiro é a falta de sensibilização do gestor e de iniciativas que valorizem e institucionalizem a prática do enfermeiro obstetra. Portanto, não há interesse dos gestores em garantir espaço de atuação dos enfermeiros (FERREIRA; ROCHA; NUNES, 2008). Mouta e Progianti (2009) apontam que uma das estratégias importantes para o crescimento da enfermagem no Rio de Janeiro foi o compromisso do gestor na contratação de enfermeiros obstetras para atuar nas maternidades e a implantação de um centro de formação profissional.

[...] primeiro partindo da gestão. Eu acho que se a gestão está sensibilizada para esta prática que ressurge com a enfermagem obstétrica, e a outra parte é que exista mais cursos de aprimoramento, resgate dos enfermeiros obstetras para o trabalho dentro da assistência obstétrica que talvez temos o suficiente[...]. Então, assim, eu acredito que se a gestão de saúde como Secretaria de Saúde, gestão de hospital tiver essa sensibilização e tiver esse aprimoramento da enfermagem obstétrica, a gente teria uma melhor condição para fazer uma assistência obstétrica com boas práticas (G04).

A gestão dos serviços de saúde, bem como a gestão do cuidado de enfermagem, deve estar sensível e construir cenários favoráveis à atuação do enfermeiro, seja no investimento no que diz respeito à formação dos profissionais, seja na organização dos processos de trabalho, no dimensionamento de pessoal nas unidades de nascimento, na gestão do cuidado e principalmente na capacidade de articular estratégias que favoreçam a integração da equipe na condução do parto natural.

Na atualidade, os cenários de prática do enfermeiro obstetra interferem diretamente em sua atuação. Para compreender o contexto da atuação do enfermeiro no Estado do Rio Grande do Norte, há a necessidade de considerar a organização onde os processos assistenciais acontecem, ressaltando a importância das partes, do todo e suas relações. O referido fenômeno deve ser examinado multidimensionalmente, em vez de isolar e de mutilar suas dimensões. É considerar o que é tecido junto, isto é *complexus* (MORIN, 2012). A atuação do enfermeiro obstetra dependerá da relação com a equipe e essa dependerá dos processos construídos na organização que fazem a assistência ao parto. Assim, os cenários de prática e seu histórico

profissionais estão imbricados, no sentido de denotar um olhar complexo, caracterizado constantemente pela relação da desconstrução e construção, concordância e discordância, o certo e o errado, autonomia/dependência, realização e frustração, sendo o olhar do pensamento complexo capaz de produzir uma leitura e a compreensão das relações, interações e contradições existentes no todo da organização. Segundo Morin (2010) precisamos estar sensíveis à contradição, pois somos levados a estabelecer uma relação complementar e contraditória necessária para conceber o universo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A categoria que emergiu do estudo – Vivenciando os cenários de prática do enfermeiro obstetra no Estado do Rio Grande do Norte: dos limites históricos a eventos contemporâneos, – sustenta o contexto desta prática na referida localidade e se compõe das seguintes subcategorias: Resgatando a construção histórica da enfermagem obstétrica no Estado do Rio Grande do Norte; Reconhecendo o trabalho da parteira nos hospitais como fundamental na prática obstétrica; Identificando a dicotomia nos cenários de prática do enfermeiro obstetra.

O contexto da prática do enfermeiro obstetra no Estado do Rio Grande do Norte parece que não é diferente de outras realidades do país, se fundamenta em uma concepção de substituição do trabalho das parteiras que existiam num passado próximo. Então, o cuidado do enfermeiro no parto é caracterizado pela integralidade, humanização e relacional. A competência técnica é fundamentada na realização de partos com pouca intervenção e conseqüentemente pouca medicalização, com ênfase no estímulo às boas práticas obstétricas. O referido profissional é capaz de prestar uma assistência preconizada pelo Ministério da Saúde, com redução de procedimentos invasivos.

Porém, ainda há uma dificuldade importante no que diz respeito à sua autonomia na atuação, já que apenas algumas maternidades no estado possuem a prática do enfermeiro na condução do parto. Os hospitais de ensino se destacam na prática do enfermeiro obstetra. Então, é preciso uma mudança com relação à autonomia do profissional em todas as maternidades do estado e, para isso, um repensar nos processos gerenciais na perspectiva de favorecer espaços atrativos para o desenvolvimento da prática é um importante desafio. Essas experiências positivas poderão impulsionar estratégias e discussões para a construção de mudança de práticas no Estado do RN.

Compreende-se que a atuação do enfermeiro no RN é construída a partir da caracterização dos cenários de práticas. Estar sensível às possibilidades de fortalecimento do enfermeiro em sua prática assistencial é extrapolar a concepção localizada e reestruturar o todo complexo. A experiência do enfermeiro em desconstruir a assistência fragmentada e incorporar novos saberes, inovando condutas, fazendo o diferencial, melhorando a qualidade do nascimento e construindo confiança, é o despertar para o exercício da mudança na perspectiva da possibilidade real da referida prática assistencial. É necessário revisitar o surgimento da enfermagem obstétrica, do parto natural hospitalar, dos cenários de práticas da enfermagem obstétrica, no intuito de compreender as condições contextuais que favorecem a dependência/autonomia do enfermeiro obstetra em determinados cenários de prática.

Nesse sentido, a enfermagem deverá estar (re) significando a prática pelo empoderamento do enfermeiro nos cenários de nascimento, além da necessidade premente de construção de estratégias de gestão nos serviços de saúde no Rio Grande do Norte.

## REFERÊNCIAS

ADAMS, E. D.; BIANCHI, A. L. A Practical approach to labor support. **JOGNN.**, v. 37, n. 1, 2008. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2007.00213.x/pdf>>. Acesso em: 09 maio 2013.

BARROS, L. M.; SILVA, R. M. Atuação da enfermeira na assistência à mulher no processo de parturição. **Texto Contexto Enferm.**,

Florianópolis, v. 13, n. 3m p. 376-82, jul./set. 2004. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a06v13n03.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2015.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Hospitais universitários federais**. Brasília, 2015. Disponível em:

<<http://www.ebserh.mec.gov.br/a-ebserh/missao-visao-e-valores>>. Acesso em: 05 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno Humaniza SUS. Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. v. 4. 465 p. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_humanizasus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf)>. Acesso em: 06 fev. 2015.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 135-49, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a02.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2013.

CASTRO J.C; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 60-7, nov./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a07.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2015.

CHEUNG, N. F. et al. Views of chinese women and health professionals about midwife-led care in China. **Midwifery**. v. 27, n. 6, p. 842-47, 2011a. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613810001440>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

CHEUNG, N. F. et al. Clinical outcomes of the first midwife-led normal birth unit in China: a retrospective cohort study. **Midwifery**. v. 27, n. 5, p. 582-87, 2011b. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026661381000080X>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

DAVIS, D. L.; WALKER, K. Case-loading midwifery in New Zealand: making space for childbirth. **Midwifery**. v. 26, n. 6, p. 603-608, 2010. Disponível em: <[#>](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613809000072). Acesso em: 20 mar. 2013.



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA . **Parto domiciliar**: um direito de escolha da mulher. Brasília, 2015. Disponível: <http://www.febrasgo.org.br/site/?p=7069>>. Acesso em: 05 mar. 2015.

FERREIRA, S. L.; ROCHA, M. M. S.; NUNES, I. M. Atuação de enfermeiras obstetras no Sistema Único de Saúde (SUS-BA): estudo entre as egressas dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica da EEUFBA. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 22/v. 23, n. 1, 2, 3, p. 23-32, jan./dez. 2008, jan./dez. 2009. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/4983/3621>>. Acesso em: 05 fev. 2015.

FLEMING, S. E.; VANDERMAUSE, R. Grand multiparae's Evolving experiences of birthing and technology in U.S. Hospitals. **JOGNN**. v. 40, n. 6, p. 742-752, 2011. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2011.01304.x/pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2013.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GARCIA, S. A. L.; LIPPI, U. G; GARCIA, S. A. L. O parto assistido por enfermeira obstetra: perspectivas e controvérsias. **RBPS**, Fortaleza, v. 23, n. 4, p. 380-388, out./dez., 2010. Disponível em: [http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/artigo11\\_2010.4.pdf](http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/artigo11_2010.4.pdf)>. Acesso em: 12 mar. 2013.

GOMES M. L; MOURA, M. A.V.; SOUZA, I. E. O. A prática obstétrica da enfermeira no parto institucionalizado: uma possibilidade de conhecimento emancipatório. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 763-771, jul./set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a24.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2015.

GREGORIO, V. R. P.; PADILHA, M. I. As estratégias do poder no contexto da maternidade Carmela Dutra : Florianópolis-SC (1956-1986). **Texto contexto - enferm.**, v. 21, n. 2, p. 277-285, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a04v21n2.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

GOMES, M. A. S. M. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Supl. S17-S47, 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0041.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2015.

HINDS, P.; CHAVES, D. E.; CYPRESS, S.M. Context as a source of meaning and understanding. **Qual. Health Res.**, v. 2, n. 1, p. 61-74, 1992.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Supl :S17-S47, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>> . Acesso em: 05 fev. 2015.

MAMEDE F. V.; MAMEDE M. V.; DOTTO L. M. G. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. **Esc Anna Nery R Enferm.**, v.11, n. 2, p. 331 – 6, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23>>. Acesso em: 05 fev. 2015.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 20. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 13. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

MORIN, E. **O método 4: As idéias: habitar, vida, costumes e organização.** 5ª ed. Porto Alegre; Sulina, 2011.

MOUTA, R. J. O.; PROGIANTI, J. M. Estratégias de luta das enfermeiras da maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 731-40, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/15.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2015.

NASCIMENTO, K. C. et al. A arte de partear: experiência de cuidado das parteiras tradicionais de envira/am. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 13, n. 2, p. 319-27. abr./jun. 2009. Disponível em: <[http://www.eean.ufrj.br/revista\\_enf/20092/artigo%2010.pdf](http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20092/artigo%2010.pdf)>. Acesso em: 02 jan. 2015.

PADILHA, M. I.; BORENSTEIN; M. S.; SANTOS, I. **Enfermagem: história de uma profissão.** São Caetano do Sul: Difusão Editora. 2011. 477p.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa. técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de Teoria Fundamentada.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TYRREL, M. A. R.; SANTOS, A. E. V.; LUCAS, E. A. J. C. F. Ensino de enfermagem Obstétrica no Brasil: (des)acertos 1972-1996. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 677-81, nov./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a09v58n6.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2013.

## **9.2 Manuscrito 2 – Emergindo condições que favorecem a consolidação da enfermagem obstétrica: perspectivas e desafios**

### **EMERGINDO CONDIÇÕES QUE FAVORECEM A CONSOLIDAÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA: PERSPECTIVAS E DESAFIOS**

### **EMERGING CONDITIONS FOR THE CONSOLIDATION OF OBSTETRIC NURSING: PROSPECTS AND CHALLENGES**

### **CONDICIONES EMERGENTES PARA LA CONSOLIDACIÓN DE LA ENFERMERÍA OBSTÉTRICA: PERSPECTIVAS Y DESAFÍOS**

**Maria Cláudia Medeiros Dantas de Rubim Costa<sup>4</sup>  
Alacoque Lorenzini Erdmann<sup>5</sup>**

#### **RESUMO**

A pesquisa objetivou compreender as condições que favorecem a consolidação da enfermagem obstétrica no Estado do Rio Grande do Norte. O referencial metodológico foi a Teoria Fundamentada nos Dados acompanhada pelo referencial teórico do Paradigma da Complexidade. O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, através do Parecer 507.327. A coleta dos dados ocorreu no período de fevereiro a outubro de 2014, mediante entrevistas com enfermeiros, gestores de saúde e médicos, totalizando 31 profissionais, distribuídos em três grupos amostrais. A categoria Emergindo condições

---

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC. Brasil. Professora da Escola de Enfermagem/UFRN. Integrante do Grupo de Pesquisa GEPADES – PEN/UFSC. Endereço: Av. Abel Cabral, Condomínio Jardim Atlântico, nº 2035, casa 16. Nova Parnamirim. Parnamirim- RN. Telefone: (84) 99551535. E-mail: mclaudiadantas@gmail.com.

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC. Brasil. Coordenadora do Grupo de Pesquisa GEPADES – PEN/UFSC. Pesquisadora 1 A do CNPq. E-mail: alacoque@newsite.com.br.

que favorecem a consolidação da enfermagem obstétrica: perspectivas e desafios é constituída pelas subcategorias: emergindo as exigências para formação do enfermeiro obstetra; vivenciando as interações/relações na prática do enfermeiro obstetra; revelando os processos de gestão na enfermagem obstétrica. A consolidação da enfermagem obstétrica neste estado vem se concretizando, todavia, carece de estratégias que superem o paradigma simplificador e integrem as relações, interações, formação e gestão, numa concepção de conjunção.

**Palavras-chave:** Enfermagem Obstétrica. Gestão em Saúde. Complexidade.

### **ABSTRACT**

The study aimed to understand the conditions that favour the consolidation of obstetric nursing in the state of Rio Grande do Norte. The methodological framework was the Grounded Theory, accompanied by the Complexity Paradigm's theoretical framework. The project was approved by the Research Ethics Committee, in opinion no. 507,327. Data collection occurred in the period from February to October 2014, through interviews with nurses, health managers and doctors, totalling 31 professionals, distributed in three sample groups. The category "Emerging conditions for the consolidation of obstetric nursing: prospects and challenges" consists of the subcategories: emerging requirements for obstetric nurses' training; experiencing the interactions/relationships built from obstetric nurses' practice; revealing management processes in obstetric nursing. The consolidation of obstetric nursing in this state is taking shape, however, it lacks strategies that overcome the simplifier paradigm and integrate the relationships, interactions, training and management, in a conception of conjunction.

**Keywords:** Obstetric Nursing. Health Management. Complexity.

### **RESUMEN**

La investigación tuvo como objetivo comprender las condiciones que favorecen la consolidación de enfermería obstétrica en el estado de Rio Grande del Norte. El marco metodológico fue la Teoría Fundamentada, acompañado por el marco teórico del Paradigma de Complejidad. El proyecto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación, en el Dictamen nº 507.327. La recolección de datos ocurrió en el período de febrero a octubre de 2014, a través de entrevistas con enfermeros, administradores de salud y médicos, por un total de 31 profesionales, distribuidos en tres grupos de muestra. La categoría "Condiciones emergentes para la consolidación de la enfermería obstétrica:

perspectivas y desafíos" se compone de las subcategorías: requisitos emergentes para la formación de enfermeros obstétricos; experimentando las interacciones/relaciones en la práctica de enfermería obstétrica; revelando los procesos de gestión en enfermería obstétrica. La consolidación de la enfermería obstétrica en este estado está tomando forma, sin embargo, carece de estrategias que superan el paradigma simplificador e integran las relaciones, interacciones, formación y gestión, en una concepción de la conjunción.

**Palabras clave:** Enfermería Obstétrica. Gestión de la Salud. Complejidad.

## INTRODUÇÃO

O enfermeiro obstetra é um agente importante para a mudança de modelo assistencial nos processos de nascimento, com notório investimento na participação do referido profissional no parto, por meio de normativas das políticas ministeriais do governo brasileiro. Por outro lado, as resistências às mudanças são maiores do que o tempo de concretização das políticas, causando um descompasso importante, inviabilizando, muitas vezes, os avanços necessários para a melhoria da qualidade na atenção ao parto.

A presença e a formação do enfermeiro obstetra deverão resultar em novas possibilidades de assistência ao nascimento e promover a construção de espaços favoráveis para a sua plena atuação. Para tanto, a segurança e confiança do seu trabalho deverão ser reconhecidas pelos profissionais de saúde, clientes e gestores.

Entretanto, na assistência ao parto os profissionais da saúde vivenciam o modelo tecnocrático, caracterizado pela separação mente/corpo, sendo o corpo considerado máquina, o paciente objeto, o profissional alienado, o diagnóstico e tratamento são realizados de fora para dentro, numa organização hierárquica padronizada do cuidado. Há ainda supervalorização da tecnologia e a hegemonia tecno-médico se fazem presentes no cotidiano assistencial (DAVIS-FLOYD, 2000).

Vivenciamos então o paradigma da simplificação caracterizado por princípios de disjunção, de redução e de abstração. Este pensamento ignora a conjunção do uno, do múltiplo. Na saúde predomina a redução do complexo ao simples, onde a hiperespecialização reduz o complexo, fragmentando os processos assistenciais, resultando num contexto de saúde mutilador e unidimensional (MORIN, 2011a).

Nesse contexto, o enfermeiro está inserido e sua formação não diverge das outras profissões da área, fato que sugere repensar as

competências necessárias para responder às demandas na assistência ao parto. Uma das justificativas para repensar a prática e competências para mobilizar mudanças é configurada pela afirmação de Davis-Floyd (2000) de que o modelo de assistência ao parto humanizado se contrapõe ao modelo vigente.

Então o enfermeiro, em sua formação, deverá estar sensível à realização de uma assistência humanizada, isto é, ser competente. Assim, entender como o enfermeiro percebe sua competência profissional na assistência ao parto, bem como sua experiência hospitalar, pode ajudar a superar conflitos e contradições no cenário do parto (RABELO; OLIVEIRA, 2010). As interações que o enfermeiro desenvolve na assistência ao parto também devem ser capazes de fortalecer a conquista dos espaços e caracterizar o perfil profissional que integra a equipe de saúde nas realidades de nascimento. São condições que exigem dos enfermeiros estarem preparados para assumirem espaços que viabilizem a realização de partos naturais, com redução de técnicas intervencionistas e cesáreas desnecessárias.

Nessa perspectiva, os processos formativos não podem estar dissociados da gerência do cuidado obstétrico, que deve ser capaz de transformar as realidades, denotando espaços de atuação favoráveis ao pleno desenvolvimento da atuação do enfermeiro obstetra e consequentemente do parto natural.

Assim, centrada nas condições que propiciam a assistência ao parto seguro e de melhor qualidade da atenção à mulher no parto, ao estar vivenciando a implantação das políticas ministeriais e a inserção dos enfermeiros no cuidado à mulher no parto, a formação do enfermeiro obstetra e suas relações e interações na prática e a gestão do cuidado no nascimento, surgiu a questão de pesquisa: Qual a compreensão dos enfermeiros obstetras sobre as condições que favorecem a consolidação da enfermagem obstétrica no Estado Rio Grande do Norte?

## **OBJETIVO**

Compreender as condições que favorecem a consolidação da enfermagem obstétrica no Estado do Rio Grande do Norte.

## MÉTODO<sup>6</sup>

A pesquisa foi realizada através da abordagem qualitativa que explorou significados, experiências e atitudes, tendo como método a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e, como suporte teórico e olhar sobre a realidade experienciada pelos sujeitos deste estudo, o Paradigma da Complexidade.

Os locais do estudo foram as maternidades do Rio Grande do Norte que possuem histórico em relação à atuação do enfermeiro obstetra e de humanização do parto. A coleta dos dados se realizou no período de fevereiro a outubro de 2014, após aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, segundo o Parecer de nº 507.327. Além do grupo amostral dos enfermeiros obstetras, durante esta fase foram acrescentados ao estudo mais dois grupos amostrais. Um se constituiu dos gestores de saúde e diretores de hospitais/maternidades que fizeram parte do 2º grupo, e o outro, por médicos obstetras, que compuseram o 3º grupo amostral. Perfizeram uma totalidade de 31 entrevistados. Os grupos amostrais objetivaram responder às hipóteses surgidas e ao alcance do refinamento dos conceitos, em níveis de suas propriedades e dimensões.

As entrevistas foram realizadas em local que garantisse a privacidade do entrevistado, apoiadas pela entrevista aberta com uma pergunta ampla, que foi sendo aprofundada a partir do momento em que as hipóteses foram surgindo. Foram gravadas em meio digital e armazenadas em gravador e computador. A coleta e a análise se realizaram simultaneamente, como orientam os pressupostos da TFD, tendo sido as entrevistas cessadas quando não havia mais novas propriedades e dimensões a serem exploradas para os conceitos surgidos e o fenômeno evidenciado. A microanálise, linha por linha, palavra por palavra, foi realizada inicialmente por meio da codificação aberta, evoluindo para o surgimento de códigos, tantos quantos necessários para o surgimento das categorias. Posteriormente a codificação axial favoreceu relacionar a categoria à subcategoria, em termos de suas propriedades e dimensões. Neste momento, os incidentes e os códigos *in vivo* foram sendo mais bem explorados. Finalmente, para a codificação seletiva, foi a etapa caracterizada por definir as categorias e

---

<sup>6</sup> O estudo é produto da Tese “Configurando o modelo da prática do cuidado do enfermeiro obstetra à mulher no parto hospitalar: revelando contradições e possibilidades”.



correlacioná-las. A fase da integração das categorias elucidou o aparecimento da categoria central.

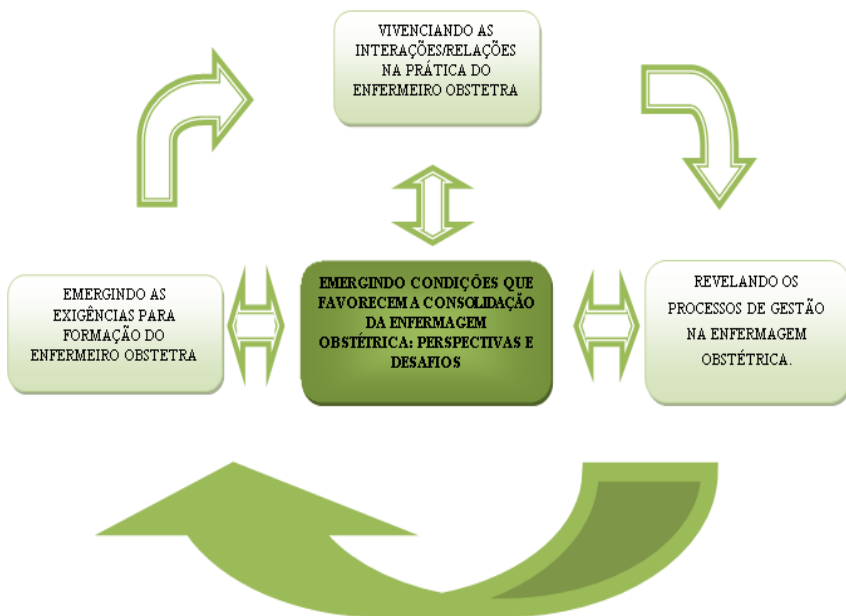
A Teoria Fundamentada nos Dados utiliza recursos que facilitam o processo de análise. Nesse sentido, os memorandos, definidos como registros escritos de análise, foram fundamentais para o levantamento dos questionamentos e formulação das hipóteses. Os diagramas possibilitaram as relações dos conceitos provenientes dos dados.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Pensar na multidimensionalidade como compreensão do fenômeno estudado é trazer o paradigma da complexidade para discutir as diversas causas que condicionam a atuação do enfermeiro no parto e que favorecem a consolidação da enfermagem obstétrica numa determinada região geográfica, pois pensar em unidimensionalidade seria correr o risco de separar o que está ligado e unificar o que é diverso (MORIN, 2011a).

Dessa maneira, serão descritas as condições que surgiram da análise dos dados, pela elucidação da categoria: Emergindo condições que favorecem a consolidação da enfermagem obstétrica: perspectivas e desafios, que foi constituída pelas subcategorias: Emergindo as exigências para formação do enfermeiro obstetra; Vivenciando as interações/relações na prática do enfermeiro obstetra; Revelando os processos de gestão na enfermagem obstétrica.

Figura 4 - Emergindo condições que favorecem a consolidação da Enfermagem obstétrica: perspectivas e desafios



Fonte: Elaborada pela pesquisadora principal

## SUBCATEGORIA – EMERGINDO AS EXIGÊNCIAS PARA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA

O estudo traduz a necessidade de investimentos na formação qualificada de enfermeiros obstetras, vistas as fragilidades nos processos formativos, pois discutir as competências do enfermeiro obstetra será fundamental para consolidar suas práticas, atitudes e habilidades na atenção ao parto.

Assim, conhecer as dimensões sobre competência fornece o embasamento que deve ser adquirido na formação profissional. Rios (2010) discorre sobre a dimensão técnica, sendo adquirida pelo saber fazer a tarefa, isto é, o domínio do conhecimento; a dimensão política, tomar partido frente às decisões; a dimensão estética que traduz-se pela sensibilidade intersubjetiva, frente às relações no trabalho; e a dimensão ética, mediando todas as outras.

Rabelo e Oliveira (2010) encontraram em seu estudo que a competência do enfermeiro no processo de parto é multidimensional, ou seja, em sua atuação ele deve desenvolver a competência técnica, a competência humanizadora, a competência por intuição e a competência relacional. É necessário, assim, pensar em relações mútuas e influências recíprocas entre as partes e o todo em uma realidade complexa (MORIN, 2011b).

No que diz respeito à competência técnica, não podemos estar embasados em competências formativas de outros profissionais, mas desempenhar com propriedade o parto natural, sendo capazes de identificar distocias e tomar providências; prestar assistência à parturiente e ao parto normal; realizar episiotomia e episiorrafia, quando for necessário; acompanhar o trabalho de parto; realizar o parto sem distocia e, por fim, emitir laudo de internação (BRASIL, 1998).

Ela (paciente) tem um diferencial no cuidado que a gente faz na atenção, no acolhimento, toda a classificação que a gente faz nos cuidados, as práticas alternativas de alívio da dor, sem a utilização medicamentosa. Então, tudo isso que a gente faz com a paciente e tudo isso no puerpério elas relatam em relação ao parto que ela já teve com os outros profissionais e o parto que ela teve com a gente (G04).

Eles (enfermeiros) têm um potencial extremamente importante no desenvolvimento dessas práticas. A gente observa que um parto realizado pelo enfermeiro obstetra não fica devendo de forma alguma, diante daquilo que se espera de um parto de risco habitual, por exemplo (G05).

Então eles (pacientes) veem a gente com bons olhos para a gente levar esse parto até o final e humanizar, porque a humanização do enfermeiro é mais intensa. O médico é mais intervencionista e a gente tenta fazer de tudo para que o parto seja tranquilo. A gente usa várias maneiras para que o parto se torne bem tranquilo, que não tenha intervenção (E02).

Existem algumas coisas que a gente faz que eles (médicos) não fazem... Então, o que difere da assistência médica são principalmente os métodos não farmacológicos de alívio para a dor, e a

questão das intervenções, porque a gente intervém muito pouco (E04).

A competência humanizadora é o diferencial do cuidado do enfermeiro no processo de parto. Assim, o profissional deverá ter competência para conduzir o parto natural, humanizado, sem, ou com o mínimo de técnicas intervencionistas e, conseqüentemente, com perfil adequado para exercer essa prática do cuidado obstétrico, pautado em sua especificidade e dimensão humanista. No desempenho de suas atividades o comprometimento, bem como o perfil profissional, pautado em princípios que valorizem o respeito, deve ser priorizado, além da sensibilidade para desempenhar o trabalho, que requer habilidades pessoais inerentes ao cuidado obstétrico.

É necessário então o interesse pela área, gostar da obstetrícia e ter o dom para desenvolver a sua prática, pois, na relação com a paciente, familiares e outros profissionais da saúde, aspectos importantes do perfil profissional do enfermeiro têm que ser considerados: empatia, amor, dom e paciência. O diferencial na prática do enfermeiro em relação aos outros profissionais da saúde é o ato de partear, de estar junto, acompanhando e doulando, o que requer dedicação e tempo. Ele é capaz de esperar a hora da mulher, o tempo dela, respeitando sua autonomia, sendo paciente, condição, portanto, imprescindível para o trabalho do profissional. Nesse contexto, incorpora uma relação de segurança, vínculo e confiança com a mulher e equipe:

Então acho que é oportunizar (fazer o curso) para as pessoas que realmente têm interesse, que ama, que tem esse sentimento de amor pela obstetrícia...Eu acho que vale a pena investir (E03).

Quem quiser trabalhar com obstetrícia..., eu digo muito aos meus alunos: Gente, olhe! Quem não dá para a obstetrícia, não invente, não vá, porque a obstetrícia, você tem que ter amor, prazer e paciência (E07).

O enfermeiro obstetra, ao prestar o cuidado, no parto deverá considerar e repensar uma competência atitudinal, ou seja, é decisão a escolha da enfermagem obstétrica e, assim sendo, o profissional deverá ter atitude para o desenvolvimento das ações. De acordo com Domenico e Ide (2005) a competência atitudinal se dá pelo amadurecimento afetivo e o compromisso de conhecer algo, pelo pensamento crítico, tomada de

decisões, analisar situações, envolvimento afetivo e ético, capacidade de revisar situações e avaliar-se.

O trabalho que o enfermeiro obstetra desenvolve no cuidado à parturiente e especificamente na condução do trabalho de parto e parto é realizado através das técnicas não farmacológicas de alívio da dor, evita ao máximo a medicalização no parto, como o uso indiscriminado de ocitocina, e também consegue minimizar as intervenções desnecessárias. Por conseguinte, essa condução realizada pelo enfermeiro obstetra torna-se tranquila, com desfecho final favorável. Os gestores de saúde reconhecem a excelência da qualidade dessa atenção e sinalizam a importância deste profissional para a viabilidade da humanização no processo do nascimento. A competência do enfermeiro traz repercussões positivas para as organizações de saúde, além de fortalecer seu reconhecimento social, como profissão.

Entretanto a humanização do parto, por vezes, é dificultada quando o profissional médico interfere na condução do parto de baixo risco e no trabalho do enfermeiro, pela peculiaridade de sua formação: fragmentada, medicalizada e intervencionista. O enfermeiro em alguns momentos também absorveu a cultura do parto com intervenções. Isto se dá como consequência das cegueiras decorrentes do conhecimento fragmentado e disperso, num contexto de pensamento unidimensional, reducionista e, portanto, simplificador. É necessário religar os conhecimentos entre si, como também as partes ao todo e o todo às partes, e então proporcionar a ideia da globalidade e da compreensão (MORIN, 2013):

Antigamente nós éramos mais intervencionistas, abreviava o parto, usava muito ocitócito, fazia com que a mulher descansasse mais rapidamente (E10).

Alguns anos atrás teve um curso de *midwife* aqui, eu fiz esse curso, mas eu acho que, quando eu iniciei como enfermeira obstetra, eu ainda trabalhava muito no modelo médico; naquele modelo assim... mais intervencionista (E04).

Nesse sentido, existem dificuldades na formação que interferem na atuação do enfermeiro obstetra em algumas realidades do Rio Grande do Norte. Esse contexto também foi encontrado no estudo de Ângulo-Tuesta et al., (2003).

Identificamos em nossa pesquisa a necessidade de melhoria premente na formação dos enfermeiros obstetras, partindo

primeiramente da dificuldade apresentada, quanto o embasamento dos componentes teóricos.

Apesar de egressos de residências de enfermagem obstétrica perceberem que o curso responde às expectativas dos enfermeiros em formação, eles fazem um diagnóstico, no que se refere à fragilidade nos conteúdos teóricos e na preceptoria de atividades práticas (PEREIRA; NICÁCIO, 2014). Segundo Barbosa, Carvalho e Oliveira (2008), o despreparo técnico da enfermagem na assistência ao parto é presente, talvez, pelo fato de a profissão se concentrar em funções administrativas ou por ficar na subordinação ao médico. Podem ser inúmeros os fatores que interferem na fragilidade especificada:

O que eu acho é que precisa melhorar e a gente vê muita deficiência ainda na parte teórica, conceitos, propedêutica obstétrica, uma bacia obstétrica, mesmo que ela não saiba fazer um diagnóstico clínico, mas ela precisa ter um conhecimento teórico muito profundo. Isso aí eu tenho observado, essa deficiência [...] eu acho que ainda é uma coisa gritante. Elas precisam estudar mais a parte teórica para poder colocar aquilo ali em prática de uma forma mais coordenada e mais acadêmica, eu acho que é isso, que ainda há muita deficiência (M05).

É o caminho que o Ministério da Saúde está apostando, que é o parto humanizado, só que precisa de uma maior adesão, de um maior comprometimento desse enfermeiro obstetra, assim também como capacitação. Capacitação é a chave. Que a gente não pode ir lá e dizer que está pronto, que pode trazer a rede, se a gente não está capacitado (E11).

[...] algumas profissionais da enfermagem que faz a formação, mas como não entra em exercício, com o tempo, ela fica insegura, insegura, e como há toda uma, digamos assim, uma quase que ameaça de que essa prática não seria reconhecida, que esta prática não seria legitimada [...] (E11).

Então, não podemos desconsiderar que há na assistência obstétrica uma disputa de poder ocasionada principalmente pela hegemonia médica, que se apresenta nas realidades do país. Dessa forma, o enfermeiro deverá estar seguro em sua prática para que possa

estar inserido nos processos e conquistando os espaços, por meio das competências técnicas e políticas. Portanto, o saber fazer inclui o saber técnico e o científico, mas este deve ser aliado às competências relacionais e atitudinais, o que inclui a ética, a dignidade e o respeito ao ser humano. A enfermagem como profissão, e especificamente a enfermagem obstétrica, requer uma atuação prática. A competência política também se faz necessária para fortalecer as lutas e conquistas na consolidação de espaços na prática obstétrica.

Além das fragilidades teóricas, alguns enfermeiros também apresentam dificuldade em conduzir o trabalho de parto e parto com segurança. Superar essa dificuldade é ser capaz de identificar com prontidão as distocias e complicações no processo de parto e transmitir segurança para a equipe, parturiente e familiar durante o acompanhamento do trabalho de parto e realização do parto. Para isso, deverá haver consolidação dos conteúdos práticos, tendo como pressupostos a segurança técnica na condução dos mesmos, pelas vivências que tornem enfermeiros confiantes na condução dos processos e críticos para proporcionar as transformações.

Freire (2011) afirma que o homem pratica um ato comprometido quando ele atua e reflete sobre o ato. Sendo assim, a capacidade de atuar, operar e de transformar a realidade associada à capacidade de reflexão é o que o torna um ser da práxis.

É necessária uma formação que extrapole a competência teórica e a competência prática. A formação precisa dar subsídios para a compreensão do seu processo de trabalho na organização de saúde.

[...] muita gente está se formando em enfermeira obstetra e não tem a prática. Então eu acho assim que seria válido tanto investir em treinamento para as enfermeiras obstetras, mesmo quem já tenha a prática, para ficarem sempre se reciclando. Todos os dias aparecem uma coisa nova e assim quem está dentro já é mais fácil, porque o que tem de novo você já está ali tendo o contato, mas pra quem não está, a gente sabe assim que futuramente a gente espera que todas as maternidades tenham seu local ali bonitinho, as casas de parto para ser coordenadas pelo enfermeiro obstetra [...] (E08).

Isso aí também depende muito de que a gente precisa se sentir segura, entendeu, pra gente não ter o medo de eu vou nesse parto, mas se der

errado...Tá, se der errado, a gente tem que sentir segurança para chamar, identificar o que está errado e... Isso aí a gente só vai ter com um treinamento pesado para enfermeiro obstetra (E08).

Você precisa ser boa... boa, segura, ter habilidade, confiar, e saber, sair e saber identificar uma distocia muito cedo, porque a distocia de uma parturiente... Então você tem que saber identificar a distocia e é isso que o enfermeiro não sabe fazer, não sabe identificar, se um bebê está lá em cima. Porque ele está lá em cima e não desce, aquela bacia é boa ou não, e aquele colo é bom ou não é, está maduro ou não está maduro, tudo isso que tem que ser, entende. Então, o enfermeiro, ele não se....não sei ...eu fico muito triste porque o enfermeiro não se dedica à obstetrícia porque é uma coisa que demanda muita paciência, que demanda muito estudo, que demanda muita prática e eles não querem isso (E07).

Amorim (2010) sinaliza que cursos de especialização podem ter carga horária pouco extensa, mas devem garantir conteúdo teórico e uma destreza prática que gerem segurança e confiança. Assim, a dimensão da competência técnica, desenvolvida pela dimensão teórica e prática, é bastante valorizada pelos enfermeiros, médicos e gestores, para atuação do enfermeiro obstetra. Provavelmente o modelo formativo dos cursos favorece essa concepção. Mas devemos considerar que apenas a competência técnica não é suficiente para a atuação do enfermeiro num contexto ainda muito intervencionista. A formação deverá almejar outras competências para o enfrentamento da prática (RABELO; OLIVEIRA, 2010).

Considerando ainda a formação, nos cursos de especialização em obstetrícia o profissional deverá ter preocupação com a continuidade dos processos de sua formação nas diversas dimensões, como o interesse na área, novos desafios, estímulo à continuidade nas práticas obstétricas e considerar a importância das partes e do todo. Morin (2011b) aponta que é preciso apreender o que é tecido junto, o que é complexo. Para tanto, o enfermeiro deverá ter a capacidade de contextualizar e englobar, pois as demandas do SUS exigem, cada vez mais, compromissos dos enfermeiros obstetras, embasados em sua formação, pautados em princípios humanísticos e cidadãos.



Porém, nos processos formativos há uma supervalorização das disciplinas em termos de quantidade de informações e de sofisticação das áreas, mas não são capazes de sozinhos proporcionar o conhecimento, se este estiver dissociado do contexto (MORIN, 2011b). O desenvolvimento das disciplinas, além de trazer a divisão do trabalho, trouxe o inconveniente da superespecialização, gerando o despedaçamento do saber e conseqüentemente a ignorância e a cegueira (MORIN, 2012).

O ensino deverá ser capaz de preparar as mentes com o objetivo de responder aos desafios que a complexidade dos problemas apresenta ao conhecimento, preparar a mente para o enfrentamento das incertezas e promover a inteligência estratégica e principalmente educar para favorecer a compreensão humana (MORIN, 2012).

O repensar nos processos de formação dos cursos de especialização é urgente para que se possa legitimar uma prática que está sendo valorizada pelo Ministério da Saúde. Deverá considerar os fatores que influenciam as dificuldades na formação. A multidimensionalidade traz a compreensão das referidas dificuldades. O contexto, as motivações, as atitudes, os perfis, a superespecialização, a gestão devem ser repensados:

[...] eu acho que nós, enquanto enfermeiro obstetra, e os que estão se formando, que tão chegando agora, precisam se habilitar realmente, assim, se atualizar, estudar, pra dar o retorno. Não adianta você ter o apoio da política que contempla o enfermeiro obstetra, que vai ser inserido na sala de parto, se ele não tem habilidade, e ele não tem segurança para assumir. Então tem que ter uma contrapartida nossa também (E03).

Outras alternativas que se apresentam são as residências multiprofissionais em saúde instituídas por meio da promulgação da Lei 11.129 de 2005 e as residências em enfermagem obstétrica. Estas últimas, lançadas no país em 2012, através do PRONAENF, objetivam qualificar os enfermeiros para prestar um serviço humanizado e de qualidade e que devem ser inseridos no SUS para trabalhar com os objetivos da Rede Cegonha (BRASIL, 2012).

As residências têm causado impacto positivo, provavelmente pela característica da formação em serviço, que proporciona uma vivência prática intensiva e na perspectiva da consolidação das competências,

inserida em contextos complexos. Lobato, Melchior e Baduy (2012) discorrem que a mudança da prática dos residentes emerge do cotidiano do serviço, do mundo do trabalho e das discussões no processo ensino aprendizagem.

Na minha experiência é um pouco diferente porque foi como residente, não foi enfermeira, mas muitas vezes fui vista como enfermeira e era esquecida a residente de lado e no dia a dia, na vivência, a rotina, a gente vai encontrando pessoas, médicos, enfermeiros, técnicas de enfermagem, pessoas da higienização que vão passando dicas, vão passando o que eles conhecem [...] (E11).

Tive muitas vivências durante este pouco tempo de 2 anos, de me vincular neste processo difícil para gestante, para parturiente que é o processo de trabalho de parto, me vincular com ela e passar para ela segurança, passar que ao lado dela tem um profissional capacitado que está, além de tecnicamente, também humanamente pronto para ajudá-la (E01).

E assim eu escolhi como enfermeira residente, eu fiz a melhor escolha porque, dentre os hospitais que eu escolhi, eu escolhi exatamente o que ia me levar a conhecer a obstetrícia. Talvez os outros não tivessem esse ganho porque a residência aqui me dá uma base a mais que é a realização de partos e me dá a formação da enfermagem obstétrica (E09).

A educação permanente em saúde identifica necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores nos serviços e tem pautado estratégias educativas que viabilizem a transformação dos processos de trabalho no SUS (BATISTA; GONÇALVES, 2011). Então, qualifica a atenção, a organização dos serviços, as práticas pedagógicas, assim como as práticas de saúde. É imperativa, nesse contexto, a articulação do SUS com as instituições de ensino, em prol da qualidade da formação dos trabalhadores (MONTANHA; PEDUZZI, 2010). Dessa forma, a enfermagem obstétrica deverá estar inserida nas agendas de prioridades que possam transformar a prática nas maternidades.

Quanto à educação continuada, caracteriza-se por direcionar o foco para treinamentos e reciclagens que são realizados a partir de

problemas, bem como adapta o profissional no serviço (MONTANHA; PEDUZZI, 2010). Os enfermeiros discorreram sobre a necessidade de formação, sem identificar bem os conceitos dos processos formativos:

Gerar protocolos internos do setor, capacitar a equipe, educação continuada. Estar diretamente sendo disseminador, na verdade, vendo lá o que o Ministério publica, vendo o que o Ministério está publicando como manual e tentar divulgar isso, capacitar a equipe e estar sendo um disseminador na verdade desse manual e estar empoderado desse manual para estar passando para a equipe no hospital com um todo (E10).

É necessária a retomada de enfermeiros já capacitados com a titulação de especialista, mas que, por estarem longe da prática, apresentam dificuldades na atuação. Deverá ter investimentos em cursos de aprimoramento, resgatando principalmente a competência prática e sociopolítica desses profissionais para que aumente o contingente de enfermeiros capacitados, seguros e autônomos para transformar a realidade das intervenções obstétricas no Rio Grande do Norte. Dotto, Mamede (2008) relatam que é necessária a continuidade dos processos de formação e qualificação em enfermagem obstétrica, bem como os egressos desses cursos precisam ser estimulados para atuar nos processos de nascimento em serviços de atenção à mulher:

E aí, nesses casos a educação permanente desses profissionais e processos é fundamental para a gente ter algum sucesso e ter sido ainda uma grande limitação que a gente enfrenta, porque no caso do município ainda não conseguimos, pela precariedade, ter ações de educação permanente que dê conta dessas demandas das várias redes (G01).

[...] a outra parte é que exista mais cursos de aprimoramento, o resgate dos enfermeiros obstetras para o trabalho dentro da assistência obstétrica, que talvez temos o suficiente (G04).

Dificuldades encontradas na formação do enfermeiro dizem respeito, muitas vezes, à falta de perfil do profissional para o desempenho das atividades. As demandas existentes hoje para o enfermeiro obstetra não admitem a falta de comprometimento ou de

interesse pela prática obstétrica realizada por esses profissionais. Dessa forma, os investimentos públicos devem priorizar profissionais com perfil e/ou que já estejam atuando em serviços que possam estar realizando a prática obstétrica.

[...] eu fico muito triste porque os enfermeiros não se dedicam à obstetrícia porque é uma coisa que demanda muita paciência, que demanda muito estudo, que demanda muita prática e eles não querem isso (E07).

O investimento na formação trará mudanças de paradigma na assistência ao parto. Morin, em sua obra “A cabeça bem-feita” aponta a necessidade de reformar o pensamento para reformar o ensino, bem como reformar o ensino para reformar o pensamento. Traz a reflexão das principais dificuldades encontradas na educação em qualquer nível de formação, que precisam ser superadas. A educação precisa promover a cabeça bem feita, ao invés da cabeça cheia, ensinar então a enfrentar a incerteza e a aprender a ser cidadão (MORIN, 2012).

## SUBCATEGORIA 2 – VIVENCIANDO AS INTERAÇÕES/RELAÇÕES NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA

A enfermagem se configura por relações complexas no processo do cuidado, seja na construção de vínculos e trocas, seja nos conflitos, perturbações e animosidades presentes nas relações coletivas (BAGGIO; ERDMANN, 2010). A dimensão relacional é fundamental no trabalho do enfermeiro na assistência ao parto normal, pois este deve preocupar-se com as relações interpessoais diversas e assim deverá também interagir com a equipe de saúde no contexto complexo, repleto de desordens, contradições, limitações, disputa de poder. O enfermeiro deve extrapolar os saberes e habilidades para a conquista dos espaços (RABELO; OLIVEIRA, 2010).

Morin, (2011b, p.49) reporta as interações entre indivíduos no contexto complexo,

As interações produzem a sociedade, que testemunham o surgimento da cultura e que retroage sobre os indivíduos pela cultura [...] A sociedade vive para o indivíduo o qual vive para a sociedade. São as interações entre indivíduos que

permite a perpetuação da cultura e a auto-organização da sociedade.

Diversas interações/relações são vivenciadas durante o processo do nascimento e especificamente quando o enfermeiro está inserido nos cuidados obstétricos. Ele desenvolve uma relação consigo mesmo, na construção dos significados de sua prática, durante a sua atuação. É a reflexão. O pensar e o repensar da prática. O enfermeiro obstetra é antes de tudo sujeito e, assim sendo, ocupa um lugar, uma posição, onde ele é centro de seu mundo para lidar com ele (mundo) e consigo mesmo (MORIN, 2011a).

Morin, (2011b) discorre que o homem deverá estar contextualizado no seu meio e não deve ser visto de forma separada dele. Apenas assim poderá conhecê-lo. O desenvolvimento humano é produto do desenvolvimento das autonomias individuais, das participações comunitárias e do sentimento de pertencimento da espécie humana. Dessa maneira, o enfermeiro obstetra deve estar situado no contexto de atuação dos processos de nascimento, interagindo coletivamente e se sentindo parte.

No contexto da pesquisa ele desenvolve interações com a parturiente, com as quais proporcionará todo o acompanhamento no pré-parto, realizará o parto e também prestará assistência no pós-parto. Nestes momentos deverá haver construção de vínculos e o estabelecimento de relação de confiança. Os vínculos são desenvolvidos a partir da postura, da fala do profissional, das explicações realizadas, do uso de diversas técnicas de comunicação, que proporcionam a integração. É um processo de avanço, na perspectiva de estar junto, acompanhar, respeitar:

Eu prefiro geralmente saber se ela realmente me aceita, porque isso já é um trabalho que realmente tem que fazer parte da nossa intervenção: é trabalhar com respeito aos direitos da mulher de opção [...] (E14).

A gente consegue estabelecer com eles uma interação muito boa entre o profissional e o paciente e o resultado disso é muito gratificante, tanto quanto o aspecto técnico, quanto o aspecto do acolhimento, da satisfação desse usuário com aquele cuidado recebido (E03).

Durante o cuidado à mulher, o desenvolvimento da empatia faz parte da interação que se estabelece, através do olhar, da pele, pelo silêncio e pelo gesto (CAUS, 2012). O enfermeiro consegue construir a relação empática com as parturientes.

Assim, a enfermagem obstétrica, em sua atuação, se contrapõe ao tipo de relação que é desenvolvida na rotina dos profissionais, já que estudos mostram que essa rotina é caracterizada pela hierarquia na relação desenvolvida entre os profissionais de saúde e mulheres, no processo parturitivo, favorecendo o desenvolvimento do trabalho do profissional. Dessa forma, a parturiente é obrigada a assumir uma postura de passividade (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006). Essa verticalização na relação gera a dificuldade no estabelecimento de vínculos.

Quanto à interação com o acompanhante da parturiente e/ou familiar, também se desenvolve de maneira satisfatória. O enfermeiro irá orientá-lo e terá a contribuição de um colaborador e parceiro, durante a realização do processo de parto. Assim, o acompanhante deverá estar preparado para o desenvolvimento dessa ajuda com liberdade, porém sob orientação, como, por exemplo, a liberdade de realizar o corte do cordão umbilical:

A acompanhante que ela escolher... E a gente ensina as manobras para o alívio da dor para que o acompanhante dela faça, porque eu acho que a função do acompanhante muitas vezes... Eu costumo dizer: a função do acompanhante é ajudar. Se você está com o acompanhante para ficar cobrando, para ficar dizendo: ela está sofrendo, não ajuda. Então a função do acompanhante é você explicar tanto para a paciente como para o acompanhante que... O que está acontecendo, que aquela dor ela vai sentir, mas que muito para aliviar aquela dor dela vai depender dela, de quem esteja com a paciente. Então a gente orientar, orientar, deixar o acompanhante bem disponível dentro da sala para circular, lá na outra salinha de puerpério... Quiser levar para tomar um banho, quiser cortar o cordão...(E07).

A presença do acompanhante no processo parturitivo é garantida pela Lei 11.108/2005 (BRASIL, 2005). O acompanhante promove segurança e bem-estar à mulher no parto (COSTA, 2007). No campo da

pesquisa, o pai tem se destacado como fundamental no cuidado, desenvolvendo também o papel da doula, de estar junto, ao lado, transmitindo confiança e segurança. O pai consegue implementar as técnicas não farmacológicas de alívio da dor, bem como a humanização do cuidado, participando e vivenciando o nascimento do filho, sob a orientação do enfermeiro. Para Perdomini e Bonilha (2011) a vivência de participar do nascimento do filho em seu processo completo (pré-natal ao puerpério) reforça a vinculação pai-filho. Este ainda é capaz de reconhecer e valorizar o esforço da companheira, admirando a fortaleza dela para parir o seu filho. É um momento de metamorfose para os dois (JARDIM; PENNA, 2012). O enfermeiro obstetra é o principal profissional que oportuniza a presença do pai no acompanhamento do parto:

Então, realmente eu coloquei ele para cortar o cordão umbilical do bebê, ele ficou o tempo todo ali, dando força à mulher durante o trabalho de parto... (E05).

Das vezes que eu pude acompanhar pai junto com a gestante nesse processo de parto, foram os momentos mais bonitos que eu já vivenciei nesta prática como enfermeira obstetra. O pai, ele conseguiu implementar as técnicas de humanização, de massagens, de doular a esposa dele, a companheira [...] (E01).

Quanto à integração do enfermeiro com a equipe multiprofissional há uma concepção de que este é um intermediador dos profissionais durante a assistência em todos os aspectos, com o respeito à individualidade e o processo de trabalho de cada profissão. Ele consegue interagir e construir parcerias para um bom resultado. Cada um atua em sua área e conjuntamente conduzem o cuidado no parto em equipe. É uma tendência positiva.

No que se refere à interação com o profissional médico, os processos interacionais são fundamentais para que o enfermeiro atue com tranquilidade, trabalhando em conjunto, dividindo responsabilidades e identificando as intercorrências durante o acompanhamento da parturiente. Deve existir uma relação de parceria, de confiança e de corresponsabilidade, desde a admissão até a alta hospitalar. Nas realidades em que o enfermeiro possui autonomia, o trabalho em parceria é realizado com destaque.

Então existem condutas que o enfermeiro mesmo pode tomar para que resolva aquele problema, que o partograma está lhe apresentando. Outros não. A gente precisa do acompanhamento médico, então é nesse momento que a gente, se perceber que há essa necessidade, a gente comunica ao médico e aí ele vem e dá continuidade ao processo (E03).

Na realidade só tem uma maternidade onde a gente vive essa experiência que é no Hospital Universitário Ana Bezerra, e a visão que a gente tem é da equipe multidisciplinar com um trabalho em parceria, um trabalho sincrônico, um trabalho harmônico que funciona bem. (M01).

Apesar de algumas realidades do estudo trabalharem com uma boa integração com a equipe médica e de o enfermeiro ter autonomia nos processos, os médicos sinalizam um discurso velado sobre o seu poder que é a característica histórica da profissão médica. Eles sentem-se ameaçados quanto à possibilidade de perder espaços. Ângulo-Tuesta (2003) aponta que os médicos, devido às suas experiências e formação técnica, eles têm autoridade para estabelecer as condutas com a parturiente, bem como a posição hierárquica. As enfermeiras são menos intervencionistas e referem que o médico tem dificuldades de aceitar as boas práticas:

Olhe... em primeiro lugar eu procuro deixar o enfermeiro exercer a admissão do paciente junto com o médico. Quando isso não acontece, deixar o enfermeiro sabendo o que está acontecendo com o paciente e junto comigo conduzir, ou mesmo o próprio enfermeiro conduzir, e quando houver necessidade da minha ajuda eu estar participando junto com ele (M06).

Em outras realidades o poder médico impede a atuação profissional do enfermeiro.

A equipe médica... Eles já têm o conceito deles formado e não têm essa visão holística da gente. É mais difícil de trabalhá-los, até porque eles se sentem donos do setor, dono do parto, muita coisa do dono, do dono, propriedade... Dono do saber... (E06).



Bom, eu acredito assim. Que o próprio médico, ele acha que ele é tudo, que as outras classes, enfermeiros, isso para ele não tem o conhecimento. Açam que o poder de tudo... que às vezes não é... (E13).

Porque a cultura de parto feito por enfermeiro ainda está difícil na cabeça de muitos médicos, até porque vem uma série de coisas, entre elas o médico sempre acha que é o mais sabido, é só ele que pode fazer. Outros acham que isso aí é só ato médico, outros acham que o enfermeiro faz, mas na hora da bronca tem que chamar o médico... (M02).

Esta relação, dependendo do cenário de prática do enfermeiro obstetra, nem sempre é tranquila, pois as relações de poder e a hegemonia médica estão se sobressaindo nos processos de assistência ao parto. Sodré e Lacerda, (2007) apontam que as decisões são centradas no poder do médico e as enfermeiras são submissas às suas ordens, prescrições, condutas, proporcionando uma relação conflituosa e desarticulada.

Aqui, infelizmente, nós, como enfermeiros obstetras, a gente tem pouca abertura, mas, assim, sempre que tem abertura, na maioria das vezes, esse horário, que é quando o pessoal de medicina sai, os acadêmicos e os doutorandos (E08).

A integração do enfermeiro com os estudantes da área da saúde tem se destacado muito, pois, já que o enfermeiro está junto à parturiente, ele consegue ser uma referência importante para os estudantes. Então, nos cenários de parto onde o enfermeiro, de fato, tem autonomia para atuar, é bem desenvolvido o trabalho com os estudantes, seja de enfermagem, seja de medicina, da graduação ou pós-graduação (residência multiprofissional em enfermagem e residência médica).

A interação, eu acho que melhorou muito também, quando a gente começou a interagir principalmente com os alunos de medicina, porque o nosso maior problema é que eles acham que a gente toma os partos, que a gente fica competindo com ele pelas pacientes e, depois que a gente começou, que eu fui pra docência, comecei a dar aula, e a gente começou a trabalhar

em equipe... Então eles têm uma visão diferente, que não é de tomar o parto (E04).

Portanto, diversas interações são desenvolvidas no processo do cuidar no parto. Morin (2011c) aponta que a postura e atitude do homem no mundo, a construção das relações com as pessoas, os objetos e o meio onde o indivíduo está inserido o caracterizam como complexo.

Considerando ainda a complexidade das interações, essas possuem um todo organizador que retroage sobre os indivíduos que fazem parte da equipe que assiste o parto, e conseqüentemente os reproduzem, como indivíduos assistenciais, sendo isso possível devido à sua instrução, sua linguagem e sua cultura (MORIN, 2012).

### SUBCATEGORIA 3 - REVELANDO OS PROCESSOS DE GESTÃO NA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

A atuação do enfermeiro obstetra nos cenários de parto de baixo risco é possível, desde que haja mudanças significativas nos processos de gestão. Aqui discorreremos sobre a gestão de saúde de uma forma mais ampla, mas também a gestão nos processos de cuidado no parto.

Obviamente que a atuação do enfermeiro depende de outros fatores imprescindíveis para a plena operacionalização, como a formação qualificada do profissional, bem como a capacidade de construir relações durante a sua atuação. De fato, identificamos em nosso campo de pesquisa condições necessárias para o desenvolvimento da autonomia desse profissional. Porém, apenas esses dois fatores não dariam conta da garantia de espaços dos enfermeiros obstetras.

[...] muitas vezes falta apoio dos gestores também; a gente não tem apoio dos gestores (E05).

A gente sonhava em ter, a gente sonhava com essa estrutura montada onde nós tivéssemos um enfermeiro à disposição o dia todo para receber esse paciente e realizar esse parto nessa estrutura, só que até hoje a gente nunca foi atendida quanto às solicitações e, quando foi fazer a reforma, a gente tentou implantar isso aí, mas infelizmente, mais uma vez, a frustração, a gente não conseguiu (G07).

Então, assim, pra gente dificulta muito, porque o município e a instituição... Eles inclusive, com o projeto da rede cegonha, eles... exigem inclusive

que a instituição tenha uma escala de enfermeiros obstetras e que esses enfermeiros venham a fazer o parto, porém não nos dá condição e muito menos o espaço estrutural para a gente realizar esse procedimento ( G07).

Não são suficientes apenas os protocolos, as diretrizes e a legislação para conduzir a organização dos serviços obstétricos. O comprometimento dos gestores de saúde, das direções das maternidades e da gestão do cuidado deve garantir a efetiva concretização dos espaços.

A gestão do cuidado obstétrico não pode estar dissociada da prática, pois há de se compreender que, pela própria formação profissional, todo enfermeiro, em suas competências, gerencia também o cuidado. Os conceitos de cuidado e gerência não se percebem mais como atividades dicotômicas. Agora, denotam os saberes e fazeres múltiplos. Assim, o cuidado e a gerência passam a ser vistos de maneira dialética, sendo que a enfermeira incorpora em sua prática a gerência do cuidado de enfermagem (CHRISTOVAN; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

Santos et al. (2013) apontam que a gerência do cuidado em enfermagem traduz - se pela atuação no cuidado de enfermagem propriamente dito, pelo planejamento assistencial na gerência de pessoas e materiais, na capacitação da equipe, na coordenação da produção do cuidado e na avaliação das ações de enfermagem. Assim, gerência e o cuidado convergem de maneira ampla, sendo necessários para a qualidade do cuidado e melhoria das condições de trabalho.

Nessa perspectiva, o enfermeiro deverá preocupar-se com a qualidade do cuidado obstétrico, elaboração e revisão das normas e rotinas, definição dos protocolos assistenciais, com o dimensionamento de pessoal, com as necessidades de formação da equipe que assiste o parto, com a qualidade dos processos formativos, com a construção de estratégias necessárias para o desenvolvimento de interações multiprofissionais, ter a preocupação com os espaços físicos, com o comprometimento dos profissionais e com a interlocução com a gestão do hospital. Enfim, o enfermeiro obstetra e a gerência de enfermagem devem garantir condições para que o cuidado nos processos de nascimento seja realizado com competência e que os profissionais tenham condições de atuar através da conquista digna de espaços de atuação.

Eu ainda não tenho oportunidade de ficar direto na sala de parto, então eu acho que por isso minha atuação restringe um pouco pela minha escala não ser lá, não ser fixa na sala de parto (E05).

Todas as vezes que eu chego aqui no trabalho, que a minha chefe olha pra mim e diz assim: “Mas você vai tentar, você vai querer ir atrás disso?”(E04).

Agora realmente eu não posso dizer que hoje eu tenho uma escala onde todos possam realizar, porque só quatro têm a titulação para isso (G06).

O enfermeiro é indispensável no cuidado à parturiente e deverá ter o comprometimento das ações que permeiam esse cuidado. O desfecho do parto, ou seja, o ato de parir, deverá ser realizado a partir do protagonismo da mulher, então o profissional estará como coadjuvante, ajudando, estando junto e colaborando. Nesse contexto do nascimento o enfermeiro deve ser preparado para fornecer todas as condições necessárias para a garantia do parto livre de complicações, como as distocias, infecções, hemorragias, síndromes hipertensivas, entre outras. O enfermeiro obstetra também gerencia esse cuidado, quando se compromete com o seu processo de trabalho amplo de assistência e de gerência. É promover o reconhecimento do espaço do enfermeiro nas ações do cuidado obstétrico. Dessa maneira, o enfermeiro conduz o cuidado para que o parto aconteça com todas as condições favoráveis livre dos riscos.

Por outro lado, este profissional estará também no acompanhamento do parto propriamente dito e deve fazer isso com segurança e autonomia. O comprometimento de alguns gestores tem causado o diferencial na assistência ao parto realizado pelo referido profissional. Nesse sentido, ele possui liberdade para atuar, desenvolve boa integração com a equipe, principalmente com a equipe médica, bem como o reconhecimento das parturientes.

O enfermeiro, em seu processo de trabalho, e pelo reconhecimento gerencial, tem participado da operacionalização das políticas públicas. Na assistência à mulher, desde a atenção básica à alta complexidade é indispensável a sua presença na perspectiva organizativa, assistencial e sanitária. Não é propósito subestimar as dificuldades existentes na atuação do enfermeiro obstetra no parto, mas poderemos entender que sua atuação é decisão tanto dele, como profissional assistencial, quanto da gestão do cuidado. É decisão

favorecer ambientes de nascimentos promissores, livres de intervenções desnecessárias.

Enfrentar esses desafios não tem sido fácil nos cenários em que a atuação do enfermeiro é presente, mas precisa do desenvolvimento de atitudes gerenciais para superar as fragilidades e dificuldades na prática obstétrica fragmentada, medicalizada e ainda centrada no médico.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A pesquisa mostra que a consolidação da enfermagem obstétrica no Estado do Rio Grande do Norte vem se concretizando, todavia, carece de estratégias que superem o paradigma simplificador e integrem as relações, interações, formação e gestão numa concepção de conjunção.

A mudança de modelo na assistência ao parto natural é um desafio que deve ser enfrentado pelos gestores públicos, profissionais da saúde e a sociedade. O enfermeiro é um dos profissionais da saúde capaz de transformar a realidade nos processos de nascimento.

O enfermeiro obstetra deverá construir competências técnicas, políticas, estéticas e éticas para o desenvolvimento do trabalho na obstetrícia. Ter atitude é outra competência que deve ser priorizada, no sentido de estar fazendo, decidindo, transformando. Mesmo evidenciando que a enfermagem obstétrica tem avançado muito nos últimos anos, ainda há necessidade de consolidação de alguns processos: de formação e gerenciais.

A pesquisa aponta que os processos interacionais e relacionais vivenciados pelo profissional na assistência ao parto são satisfatórios e promovem a construção de vínculos de confiança com as parturientes, acompanhantes e equipe multiprofissional. A interação com o médico obstetra é satisfatória, a depender dos cenários de prática e da autonomia do enfermeiro na assistência ao parto.

Para isso, é necessário fortalecer a formação do enfermeiro obstetra para proporcionar competência técnica e política no intuito de conduzir os processos com segurança, ser reconhecido pela sociedade, ter importância na organização de saúde e transformar a realidade dos nascimentos, superando a compartimentalização, fragmentação e disjunção.

A perspectiva de cenários de prática favoráveis à atuação do enfermeiro é construída a partir de formação do profissional, da sua atitude frente ao processo de trabalho, mas também, e de muita

relevância, a gestão dos processos assistenciais. Então, estas condições fazem o diferencial na mudança de modelos de atenção obstétrica.

Mobilizar saberes para o enfrentamento das dificuldades é o principal desafio a ser enfrentado pelos órgãos formadores, pelos enfermeiros obstetras e gestores de saúde e do cuidado. Considerando que o fenômeno é complexo, precisamos ousar em estratégias que supere o paradigma simplificador na assistência ao parto e para que sejamos capazes de compreender as relações, interações, formação e gestão numa concepção de conjunção que guarda relação com o modo de pensar no mundo contemporâneo.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, T. **O resgate da formação e inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto no Brasil**. São Paulo, 2010. 290 p. Tese (doutorado). Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ÂNGULO-TUESTA, A. et al. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p.1425-36, set./out. 2003. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n5/17815.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2015.

BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L. Relações múltiplas do cuidado de enfermagem: o emergir do cuidado “do nós”. **Rev. Latino-Am. Enfermagem Artigo Original**, v. 18, n. 5, set./out. 2010. Disponível em: <<file:///E:/TEXTOS%20TESE/Baggio%20e%20erdmann%20Cuidado%20de%20si%20e%20do%20outro.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

BARBOSA, P. G.; CARVALHO, G. M. de; OLIVEIRA, L. R. de. Enfermagem obstétrica: descobrindo as facilidades e dificuldades do especialista nesta área. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 458-465, 2008. Disponível em: <[http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/65/07\\_Enfermagem\\_baixa.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/65/07_Enfermagem_baixa.pdf)>. Acesso em: 09 mar. 2015.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante... **Diário Oficial da União**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)>. Acesso em: 09 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Brasil. **Enfermeiros obstetras serão capacitados para assistência às mães e bebês**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/09/rede-cegonha-capacitara-enfermeiros-obstetras>>. Acesso em: 06 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 163 de 22 de setembro de 1998. Dispõe sobre as atribuições do enfermeiro obstetra e da obstetritz. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 1-24, 1998.

CAUS, E. C. M. et al. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. **Esc. Anna Nery.**, v.16, n.1, p. 34-40, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a05.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2015.

CHRISTOVAM, B. P.; PORTO, I. S.; OLIVEIRA, D.C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev Esc Enferm. USP**, v. 46, n. 3, p. 734-41, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v46n3/28.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2015.

COSTA M. C. M. D. R. **Vivendo o bem estar no desconhecido:** experiência da mulher com a presença do acompanhante no processo de parto. 2007. 119 f. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós – graduação em enfermagem. Departamento de Enfermagem. Universidade federal do rio Grande do Norte, Natal, 2007.

DAVIS-FLOYD. R. Anthropological perspectives on global issues in midwifery. **Midwifery Today Issue 53**, 2000. Disponível em: <<http://www.midwiferytoday.com/articles/globalissues.asp>>. Acesso em: 11 dez. 2014

DOMENICO, E. B. L.; IDE, C. A. C. Referências para o ensino de competências na enfermagem. **RevBrasEnferm**, v. 58, n. 4, p. 453-7, jul./ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a14v58n4.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2014.

DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, M. V.; MAMEDE, F. V. Desempenho das competências obstétricas na admissão e evolução do trabalho de parto: atuação do profissional de saúde. **Revista de Enfermagem Esc. Anna Nery**, v. 12, n. 4, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a16.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 34. ed. São Paulo. Paz e Terra, 2011.

GRIBOSKI, R. A.; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 107-14, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a13v15n1.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2015.



JARDIM, D. M. B.; PENNA, M. M. Pai-acompanhante e sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho. **REME – Rev. Min. Enferm.**; v. 16, n. 3, p. 373-381, jul./set. 2012.

LOBATO, C. P.; MELCHIOR, R.; BADUY, R. S. A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. **Physis**, v. 22, n. 4, p. 1273-1291, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a02v22n4.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2015.

MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 3, p. 597-604, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/07.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2014.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 20. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

MORIN, E. **A via para o futuro da humanidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 13. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011a.

MORIN, E. **O método 4**. As ideias, habitat, vida, costumes, organização. 5 ed.. Porto Alegre: Edição Sulina. 2011c

MORIN, E. **Os sete saberes necessários para a educação do futuro**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2011b.

MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 597-604, 2010.

PERDOMINI, F. R. I.; BONILHA, A. L. L. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. **Texto contexto - enferm.**, v. 20, n. 3, p. 445-452, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/04.pdf>>. Acesso em: 11 dez 2014.

PEREIRA, A. L. F.; NICÁCIO M. C. Formação e inserção profissional das egressas do curso de z em enfermagem obstétrica. **Revenferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 50-6, jan./fev. 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11418>>. Acesso em: 11 dez. 2014

RABELO, L. R.; OLIVEIRA, D. L. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. **Rev. esc. enferm. USP.**, v. 44, n.1, p. 213-220, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a30v44n1.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2014.

RIOS, T. A. **Compreender e ensinar**: por uma docência de melhor qualidade. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, J. L.G. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde:revisão integrativa. **RevBrasEnferm**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 257-63, mar./abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/16.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2014.

SODRÉ, T. M.; LACERDA, R. A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 1, p. 82-9, 2007. Disponível em:  
<<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/306.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

**9.3 Manuscrito 3 – Vivenciando as desordens na prática do cuidado do enfermeiro obstetra: o olhar complexo ao fenômeno**

**VIVENCIANDO AS DESORDENS NA PRÁTICA DO CUIDADO DO ENFERMEIRO OBSTETRA: O OLHAR COMPLEXO AO FENÔMENO**

**EXPERIENCING DISORDERS IN OBSTETRIC NURSING CARE PRACTICE IN BIRTHS: THE COMPLEX PHENOMENON ASPECT**

**PERCIBIENDO TRASTORNOS EN LA PRÁCTICA DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA OBSTÉTRICA: LA MIRADA COMPLEJA AL FENÓMENO**

**Maria Cláudia Medeiros Dantas de Rubim Costa<sup>7</sup>  
Alacoque Lorenzini Erdmann<sup>8</sup>**

**RESUMO**

O estudo objetivou compreender as desordens vivenciadas pelo enfermeiro em sua prática do cuidado no parto, à luz da Complexidade. Foram utilizadas a Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico e a Teoria da Complexidade como suporte teórico. Os dados foram coletados, após aprovação no Comitê de Ética, em maternidades do Rio Grande do Norte que tivessem a presença do enfermeiro no parto, no período de fevereiro a outubro de 2014. Foram entrevistados 31 participantes organizados em três grupos amostrais de enfermeiros, gestores de saúde e médicos. Os enfermeiros obstetras

---

<sup>7</sup> Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC. Brasil. Professora da Escola de Enfermagem/UFRN. Integrante do Grupo de Pesquisa GEPADES – PEN/UFSC. Endereço: Av. Abel Cabral, Condomínio Jardim Atlântico, nº 2035, casa 16. Nova Parnamirim. Parnamirim- RN. Telefone: (84) 99551535. E-mail: mclaudiadantas@gmail.com.

<sup>8</sup> Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC. Brasil. Coordenadora do Grupo de Pesquisa GEPADES – PEN/UFSC. Pesquisadora 1 A do CNPq. E-mail: alacoque@newsite.com.br

vivenciam desordens em relação à sua autonomia, ao poder do médico e a violência obstétrica no processo de parto, à falta de apoio da gestão de saúde e gestão das maternidades, à falta de organização da rede e, como consequência, vivenciam sentimentos negativos na atuação. Essas deverão ser superadas como possibilidade de mudança no modelo de atenção do enfermeiro obstetra.

**Palavras-chave:** Enfermeiro. Enfermagem Obstétrica. Cuidados de Enfermagem. Complexidade. Gestão Hospitalar.

### **ABSTRACT**

The study aimed to understand the disorders experienced by nurses in their childbirth care practice, in the light of complexity. The Grounded Theory was used as a methodological framework and the Complexity Theory as a theoretical support. Data was collected, after approval by the Ethics Committee, in Rio Grande do Norte maternities that had obstetric nurses, from February to October 2014. Interviews were conducted with 31 participants organized into three sample groups of nurses, health managers and doctors. The obstetric nurses experience disorders in relation to their autonomy, the doctors' power and obstetric violence in the birth process, the lack of support from healthcare and maternity hospital management, lack of network organization and, causing them to experience negative feelings in their practice. These should be overcome as a possibility for change in the obstetric nurse care model.

**Keywords:** Nurse. Obstetric Nursing. Nursing care. Complexity. Hospital Management.

### **RESUMEN**

El estudio tuvo como objetivo comprender los trastornos experimentados por los enfermeros en su práctica de la atención en el parto, a la luz de la complejidad. La Teoría Fundamentada fue utilizada como un marco metodológico y la Teoría de la Complejidad como soporte teórico. Los datos fueron recogidos, tras su aprobación por el Comité de Ética, en maternidades de Rio Grande del Norte que tenían la presencia de enfermeras en el parto, de febrero a octubre de 2014. Las entrevistas se llevaron a cabo con 31 participantes organizados en tres grupos de muestra de enfermeros, administradores de salud y médicos. Los enfermeros obstétricos experimentan trastornos en relación con su autonomía, el poder de los médicos y la violencia obstétrica en el proceso del parto, la falta de apoyo de la gestión de la salud y de los hospitales de maternidad, la falta de organización en red y, como

consecuencia, experimentan sentimientos negativos en su práctica. Estos deben ser superados como una posibilidad para el cambio en el modelo de atención de enfermería obstétrica.

**Palabras clave:** Enfermero. Enfermería Obstétrica. Cuidados de enfermería. Complejidad. Gestión Hospitalaria.

## INTRODUÇÃO

A ciência trouxe para o universo, ao longo do tempo, as grandes descobertas e um progresso extraordinário e junto com eles o mundo da certeza. Porém, já a partir do século XIX, houve uma preocupação, através das ciências físicas, quanto à ideia da possibilidade das incertezas nos fenômenos para o enfrentamento dos imprevistos e do inesperado. Surge então a perspectiva do paradigma complexo como um desafio e uma motivação para pensar (MORIN, 2010a; MORIN, 2011a).

O pensamento complexo, então, preocupa-se com a compreensão dos fenômenos na perspectiva da ordem e da desordem, entendendo que um fenômeno caracterizado apenas pela ordem impediria a necessidade de criação e de inovação. Por outro lado, se fosse constituído apenas pela desordem, não conseguiria constituir a organização, sendo incapaz de evoluir. É imprescindível conceber conjuntamente a ordem e a desordem, isto é uma binocularidade mental, já que o próprio universo se organiza desintegrando-se (MORIN, 2010a).

Nesse sentido, a atuação do enfermeiro no parto, caracterizada por processos de ordenamento, mas também de desordenamento, traz a reflexão numa perspectiva de inovação, de criação e do alcance de condições favoráveis para a busca da ordem e do equilíbrio dos processos, sem desconsiderar as incertezas e contradições presentes no fenômeno estudado.

As desordens vivenciadas pelo enfermeiro obstetra durante a sua prática trazem ainda uma preocupação relevante na enfermagem obstétrica no Estado do Rio Grande do Norte, já que estas, muitas vezes, impossibilitam a prática desse profissional no contexto de nascimento fisiológico, pautado na política de humanização da assistência e principalmente, considerando o protagonismo da mulher.

O enfermeiro no contexto apresentado é o profissional capaz de prestar o cuidado integral e com condições de proporcionar o nascimento livre das técnicas intervencionistas desnecessárias e diminuindo as taxas de intervenções cirúrgicas. É um desafio de um novo modelo de atenção ao parto. Porém, as resistências são visíveis e os entraves dificultam os avanços nos processos. Estar atento e sensível

ao pensamento complexo proporcionará à fluidez, não a facilidade, para a compreensão, e a partir dela a construção e desconstrução dos processos na assistência ao parto.

Assim, partindo de um sentimento de inquietação em relação às dificuldades ou desordens vivenciadas pelos enfermeiros obstetras em sua atuação no Estado do Rio Grande do Norte, da importância desse profissional para a melhoria nos processos de nascimento e estando sensível a possibilidades de mudanças nos processos de gestão, surgiu a questão de pesquisa: Como os enfermeiros compreendem as desordens vivenciadas por eles em sua atuação?

## **OBJETIVO**

Compreender as desordens vivenciadas pelo enfermeiro em sua prática do cuidado no parto, à luz da complexidade.

## **MÉTODO<sup>9</sup>**

Foi realizada utilizando a abordagem qualitativa. O caminho metodológico foi percorrido pela Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). O pensamento complexo caracterizou o referencial teórico.

Os critérios de inclusão para a participação das maternidades no estudo foram: as maternidades do Rio Grande do Norte que possuíam a atuação do enfermeiro obstetra e que apresentaram histórico de humanização na assistência, perfazendo um total de cinco maternidades. A coleta foi iniciada após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, através do Parecer nº 507.327, e se respeitou os princípios éticos da pesquisa com seres humanos. O estudo contou ainda com 31 participantes, pertencentes a três grupos amostrais. O primeiro, composto por enfermeiros obstetras, perfazendo um total de 16 profissionais; o segundo, de gestores de saúde e diretores de maternidade, totalizando oito profissionais; e o terceiro grupo compoendo um total de sete médicos. Assim, o segundo e terceiro grupos surgiram a partir das hipóteses que foram construídas desde as primeiras coletas e análises dos dados do grupo de enfermeiros, além da necessidade de abstração de conceitos e de sua densidade em nível de

---

<sup>9</sup> O estudo é produto da Tese “Configurando o modelo da prática do cuidado do enfermeiro obstetra à mulher no parto hospitalar: revelando contradições e possibilidades”.

propriedades e dimensões. A coleta e análise ocorreram simultaneamente, como orientam os pressupostos da TFD.

A análise dos dados iniciou-se pela microanálise, palavra por palavra, linha a linha. Foram sendo criados os códigos, tantos quanto necessários, através da codificação aberta. Posteriormente os códigos foram sendo agrupados por similaridades de acordo com suas propriedades e dimensões; esta fase, denominada de codificação axial, relacionando dessa forma, as categorias às subcategorias em torno de um eixo, também chamado de eixo. Na sequência, a codificação seletiva define as categorias mais gerais, até fase de integração e delimitação da categoria central.

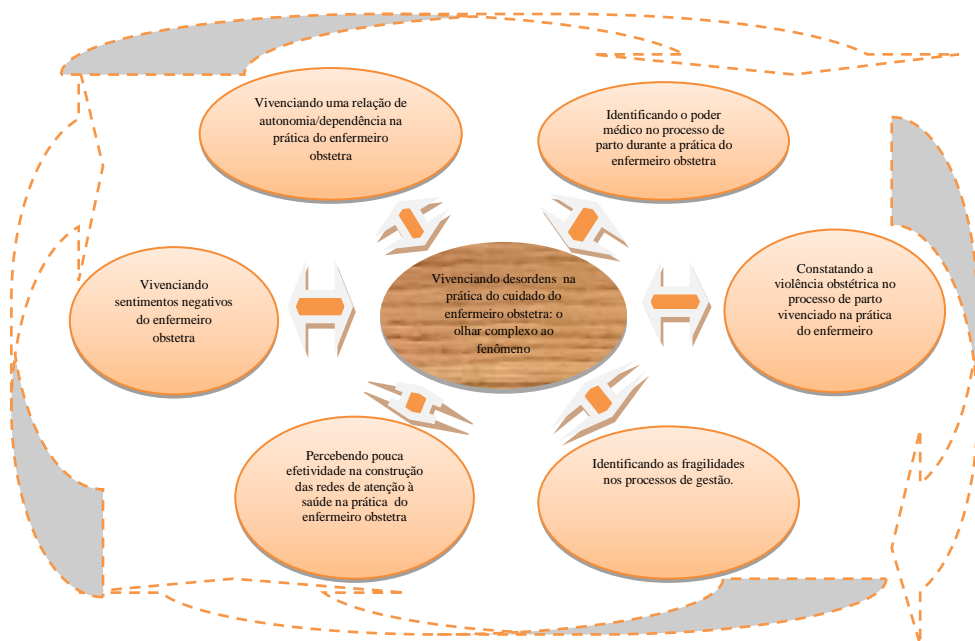
Foram utilizados ainda recursos fundamentais da TFD nos processos analíticos, como os memorandos e diagramas. Assim, os memorandos foram essenciais no processo, para o surgimento das inquietações e formulação das hipóteses. Os diagramas facilitaram a visualização gráfica das relações entre os conceitos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A categoria Vivenciando desordens na prática do cuidado do enfermeiro obstetra: o olhar complexo ao fenômeno se constituiu por seis subcategorias, descritas a seguir.



Figura 5 - Vivenciando desordens na prática do cuidado do enfermeiro obstetra: o olhar complexo ao fenômeno



Fonte: Elaborada pela pesquisadora principal.

## SUBCATEGORIA 1 - VIVENCIANDO UMA RELAÇÃO DE AUTONOMIA/DEPENDÊNCIA NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA

A prática do enfermeiro obstetra no cuidado ao parto de baixo risco é permeada por desordens importantes que têm contribuído para o enfraquecimento da categoria profissional. A falta de autonomia no desenvolvimento da assistência ao parto é realidade enfrentada na maioria das maternidades do Estado do Rio Grande do Norte. Compreender a autonomia fazendo um paralelo autonomia/dependência trará uma reflexão sobre o referido incidente.

De acordo com Morin (2011a) o sujeito é por si só autônomo, mas ao mesmo tempo dependente, considerando que este está inserido em condições culturais e sociais de uma sociedade. Portanto, por mais autônomo que seja um sujeito, ele tem um grau de dependência no seu meio ambiente. Se pensarmos na enfermagem obstétrica, esta está

inserida em um contexto e pode apresentar certa dependência em determinadas condições, pertinentes ao processo de trabalho em saúde.

Freire (2004) também discute a relação da autonomia/dependência, por sermos seres de cultura. Traz ainda a concepção de que a autonomia é formada a partir de experiência de decisões que vão sendo assumidas pelo sujeito. Experiências estas que estimulam decisões e responsabilidades, ou seja, experiências da liberdade. Morin (2012) corrobora, enfatizando que potencialmente todo sujeito, além de ser ator, é também autor, sendo capaz de cognição, escolha e decisão.

Quanto à ocupação profissional, de acordo com Friedson (2009) esta é autônoma e autorregulada, e isso apenas é possível pela capacidade de convencimento para a sociedade da sua importância. O reconhecimento de uma profissão ocorre a partir de um conhecimento mais político e social do que técnico.

No que diz respeito à enfermagem, sua habilitação como profissão se dá através da expertise e da autorregulação, que a credenciam como profissão. Concretizam o domínio dos espaços de trabalho em uma perspectiva do cuidado integral, equânime, interdisciplinar e multiprofissional. A autonomia profissional não é a liberdade para promover a submissão de outros profissionais (BELLAGUARDA et al., 2013).

Assim, no cuidado obstétrico realizado pelo enfermeiro obstetra, não deverá haver subordinação em relação às outras profissões. Nesse contexto de atuação do enfermeiro obstetra, o seu trabalho deverá ser reconhecido por sua autonomia, expertise e autorregulação, mesmo considerando fatores que em alguns momentos provoquem desordem no contexto da prática. Mas o equilíbrio deverá ser conquistado.

Partindo dessa discussão, podemos entender as desordens/dificuldades no que se refere à autonomia/dependência que os enfermeiros vivenciam em suas práticas.

[...] porque o enfermeiro obstetra, apesar do reconhecimento do Ministério da Saúde e da qualidade deste atendimento, ele não consegue executar este cuidado em algumas maternidades aqui do nosso estado [...] (E03).

[...] porque a gente fica só com as sobras [...] o que nos compete é apenas ajudar, colaborar com a equipe. A gente não atua como enfermeira obstetra. O que a gente faz qualquer profissional de enfermagem pode fazer [...] (G07).

[...] aqui no Rio Grande do Norte a gente tem um trabalho figurativo. A gente participa de toda a assistência, do plano de assistência, dos cuidados, só que a gente não tem autonomia dentro da sala de parto, não tem autonomia dentro do centro cirúrgico....Tem sim, para ser burocrata, mas, para cuidar de paciente na assistência direta como a gente aprendeu, não tem essa autonomia (E14). Então, em outras unidades, por conta dessa polarização é muito difícil. O obstetra assume e não permite a condução, chama para si a responsabilidade da condução e não permite a atuação do enfermeiro obstetriz. É isso que a gente vê na prática (M01).

Os enfermeiros obstetras têm levantado uma preocupação importante em relação à sua atuação prática como especialistas, considerando que sua formação profissional lhes fornece a competência técnica para atuar na condução e realização do parto de baixo risco. Assim, o cuidado prestado à mulher no processo de parturição deverá ir além das suas atribuições rotineiras do cuidado como enfermeiros generalistas. Elas precisam desenvolver o cuidado integral às parturientes de baixo risco, desde a admissão ao puerpério, com autonomia e trabalho em equipe. Precisam não apenas da organização de um plano assistencial pré e pós-parto, mas também estar no cuidado ao parto, junto da parturiente, acompanhando e conduzindo todo o processo de nascimento.

Ângulo-Tuesta et al. (2003) apontam a dificuldade que a enfermeira enfrenta em relação à autonomia técnica na condução do parto de baixo risco, pois as mesmas relatam que a indicação de procedimentos, a prescrição de condutas e a atenção ao parto são pouco desenvolvidas por elas.

Assim, a falta de autonomia dos enfermeiros obstetras na atenção ao parto deve ser repensada, na perspectiva da experiência de decisões, para que haja o alcance da liberdade profissional. Aspectos referentes à competência técnica são necessários, mas deverá ser valorizada a competência sociopolítica. Conquistar os espaços talvez seja o principal desafio para superar a prática de dependência. É decisão vencer os medos, as dificuldades e as inseguranças.

[...] a questão dos medos estabelecidos, dos medos, que eu não sei que medo é esse....porque o

risco que o enfermeiro corre, o médico corre, todo mundo corre (E14).

E por outro lado também tem enfermeiros que não se sentem estimulados a fazer e até se especializar na área, porque alegam que não têm campo, têm medo de arcar com a responsabilidade do ato também [...]. Mas, no momento que tiver algum problema, o enfermeiro poderá ser penalizado por isso [...] (G06).

Vejo até algumas enfermeiras, isso tenho identificado, com medo de assumirem as pacientes por conta de uma polarização [...] Tem enfermeiras obstetrias que chegam e conduzem e registram, algumas outras sequer registram, com medo de estar assumindo aquela paciente [...] As enfermeiras ficam com medo. Acho que pensam: a responsabilidade começou agora e se tiver dado errado é como se ela tivesse conduzindo (M01).

[...] quando aparece capacitação que a gente quer enviá-los, a gente percebe que aquele enfermeiro não quer ir porque ele tem medo da responsabilidade [...] que dá um problema ali com aquela paciente, o enfermeiro vai responder sozinho (G08).

Castro e Clapis (2005) apontam que a enfermeira tem medo de ousar, por sentir-se insegura e submeter-se ao julgamento dos outros. Por outro lado, e entendendo que a autonomia é conquistada, ela deve postar-se como protagonista.

Quando o enfermeiro obstetra galga a autonomia e consequentemente o direito na realização do parto, ele automaticamente deverá estar assumindo a responsabilidade das possíveis falhas nos procedimentos. Essas consequências fazem parte das conquistas de espaços. O enfermeiro deverá considerar a possibilidade do erro. Ou seja, ele deve assumir o resultado da assistência, assim como o médico também o faz (WINCK, BRÜGGEMANN, 2010; WINCK; BRÜGGEMANN; MOTICELLI, 2012).

Há, portanto, no trabalho do enfermeiro obstetra, uma mistura de autonomia, de liberdade e, de heteronomia e, por que não dizer, de possessão por forças ocultas. Nada mais que um fenômeno complexo (MORIN, 2011a).

A falta de segurança do enfermeiro durante a atuação tem causado dificuldades na condução e nos processos de nascimento.

[...] a gente tem que se capacitar sempre, e tornar seguro, no momento de fazer o parto, eu acho que o que falta muitas vezes é isso, insegurança na hora de realizar porque muitas vezes a gente fica um pouco insegura lá, eu não sei se eu devo, sempre tem que perguntar ao médico se deve, ou não deve fazer, a gente tem que ter segurança enquanto enfermeiras, enquanto capacitadas obstetrizes para realizar o que a gente é capacitado para fazer (E15).

Em nossa pesquisa, pudemos comparar realidades em que o profissional refere plena autonomia em sua atuação. Este espaço é caracterizado por enfermeiros com competência técnica, mas, acima de tudo, conquistada pela competência sociopolítica. O cenário de atuação do enfermeiro, assim como a gestão, interfere consideravelmente na construção dessa autonomia.

Graças a Deus hoje o enfermeiro obstetra com esses incentivos do governo, o enfermeiro obstetra, tem adquirido um espaço muito grande e respeitado diante da academia, principalmente na universidade (E10).

A realidade da prática de enfermeiros obstetras sem autonomia deverá ser superada. A submissão é o contrário da liberdade e da autonomia. O enfermeiro obstetra, durante a sua atuação, precisa superar essa condição, pois o impede de pensar e se concretiza pelo mecanicismo, sem iniciativa. A submissão é gerada não apenas pelos que têm poder, mas, por nós, como indivíduos humanos que se permitem ser submissos (MORIN, 2010b).

## SUBCATEGORIA 2 – IDENTIFICANDO O PODER DO MÉDICO NO PROCESSO DE PARTO DURANTE A PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA

Sabemos também de outros entraves que influenciam a autonomia/dependência. A hegemonia médica, o poder do referido profissional e muitas vezes a falta de apoio dos gestores. A institucionalização do parto resultou do desenvolvimento do saber médico e nos processos de medicalização (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). Sendo assim, esse poder foi, mais uma vez, reforçado nos

contextos do nascimento. Como consequência, a presença de intervenções desnecessárias e o fortalecimento do modelo de assistência ao parto fragmentado e centrado no médico.

Esses médicos que já vêm se achando, que têm todo o poder do mundo, que eles dizem em alto e bom som: “Eu sou médico.” com a boca bem cheia. Claro, têm as suas atribuições, mas saúde não se faz só com um profissional, se faz com uma equipe (M02).

[...] o modelo é muito centrado no médico ainda. Então eu acho que a enfermagem está aos poucos se inserindo nesse contexto, de forma independente, porque, muitas vezes, a gente é vinculada como assistente do médico, está lá pra auxiliar uma coisa ou outra. [...] é um grande desafio descentralizar essa assistência, tirar esse poder do médico, de realizar tudo, e a equipe como um todo, inclusive os enfermeiros, atuarem de forma melhor. Não que a presença do médico não seja importante. É importante, importantíssima, mas eu acho que o enfermeiro, ele tem que realmente ganhar mais valor e ganhar mais espaço nas instituições de saúde (E15).

Hoje as tentativas de mudança são lentas e junto com elas as resistências corporativas. O ato médico, projeto de lei que tinha o objetivo de concentrar como funções privativas as habilidades e competências exercidas por outros profissionais da área da saúde, apesar de não ter sido aprovado, interferiu negativamente nos avanços em relação aos processos do nascimento e consequentemente na aceitação do parto realizado pelo enfermeiro e com a incorporação das boas práticas. Visualizam-se, portanto, como uma fragilidade na assistência obstétrica, os resquícios de insatisfação do ato médico que dificultam o trabalho dos demais profissionais de saúde, entendendo-os como uma ameaça ao poder médico, exercido ao longo dos anos. Este fator é preponderante para que a atuação dos enfermeiros seja vivenciada por desordens e/ou dificuldades, já que existe uma reação corporativa e de reserva de mercado, presentes na realidade estudada.

[...] evitar essa quase que reação a esse tipo de atendimento por parte da corporação médica, que muitas vezes se apresenta e que a gente precisa

administrar de uma forma que não venha trazer dificuldades na atenção obstétrica, quando essa referência for requerida. Acho ainda que uma coisa que a gente precisa trabalhar que também ainda é fruto de preconceito e reação corporativa é assistência ao recém-nascido, que há uma tentativa do pediatra de defender que tem que ter um pediatra na sala, que a assistência só pode ser realizada pelo pediatra [...] (G01).

Provavelmente a maior delas é a própria reserva de mercado que o profissional médico faz. O profissional médico no Brasil, ele tem uma...ele vive num conflito permanente com as demais especialidades da área da saúde, principalmente nessa questão do ato médico, vendo e tentando enxergar em todas as atribuições de outros profissionais de saúde uma intromissão do ato médico exclusivo (G02).

Outros (médicos) tinham uma grande restrição à nossa atuação... começou o pró - labore, a produtividade. Então, cada vez mais, o campo foi fechando para o enfermeiro obstetra. E hoje em dia realmente é muito difícil acontecer de eu fazer um parto lá... As maiores barreiras são exatamente no nível local, e, muitas vezes, a equipe médica...É claro que sempre existe aqueles médicos que são mais fechados para uma situação (E05).

A equipe médica... Eles já têm o conceito deles formado e não têm essa visão holística da gente. É mais difícil de trabalhá-los, até porque eles se sentem donos do setor, dono do parto, muita coisa, do dono, do dono, propriedade... Dono do saber (E06).

Rabelo e Oliveira (2010) discorrem que o enfermeiro obstetra não possui espaço de atuação em práticas de sua formação obstétrica (realização de episiotomia, episiorrafia e toque vaginal) em função da disputa de espaço com o médico e das relações desiguais de poder. A hegemonia médica traz importantes desordens para a atuação do enfermeiro obstetra, inviabilizando mudanças de modelos na atenção ao parto (VIEIRA et al., 2012).

Foi identificada ainda nos elementos de pesquisa a resistência dos médicos em relação ao estímulo às boas práticas e consequentemente resistência à possibilidade de menos intervenção.

Às vezes os residentes, os médicos, eles têm resistência com relação a isso aí (o pai cortar o cordão), mas, assim, quando é a gente fazendo o parto, não tem nenhum problema do primeiro contato ali com o bebê, da gente estimular o acompanhante, principalmente se for o pai (E08).

Em nosso contexto, a medicina é considerada como centro do poder das profissões da área da saúde e, sendo assim, também da obstetrícia. O profissional médico é o dono da mulher, dono do parto, considerando como propriedade, denotando o poder exercido, tanto no que diz respeito aos clientes, como em relação aos demais profissionais. Na obstetrícia, eles consideram-se supervisores do trabalho dos outros integrantes da equipe e especialmente do enfermeiro. Então, devido ao processo de trabalho caracterizado como intervencionista, o médico, diferentemente do enfermeiro, tem resistência de trabalhar numa perspectiva humanizada, complexa, percebendo como dificuldade as ações que favoreçam a assistência referida, apesar de haver também, em menor proporção, enfermeiros obstetras com essa concepção.

O homem, com suas necessidades físicas, biológicas, psicológicas, espirituais, sociais e culturais, é dividido em estruturas fixas. As especializações também promovem a separação corpo/mente e não se percebe que corpo e mente podem provocar modificações um ao outro. Assim, há dificuldades de articular, interagir e então ser contextualizado em seu todo complexo, caracterizando o paradigma simplificador (MORIN, 2010b; MORIN, 2013).

De acordo com Morin (2012), a valorização da especialização induz o reducionismo que tenta entender o todo se preocupando apenas com a qualidade das partes. Ressalta ainda que o holismo também negligencia as partes para entender o todo e que estes movimentos lineares dificultam a compreensão do fenômeno. Na atualidade, o enfermeiro inserido em novos modelos de atenção, tem facilitado a compreensão da importância das boas práticas na assistência ao parto e, no nosso campo de pesquisa, retrata a importância da complexidade do fenômeno. O pensamento complexo preocupa-se com o movimento circular, com o conhecimento multidimensional. É necessário complexificar o modo de conhecimento da medicina (MORIN, 2010b).



### SUBCATEGORIA 3 – CONSTATANDO A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PROCESSO DE PARTO, VIVENCIADO NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO

A violência obstétrica denota fragilidades nos processos de nascimento e, por conseguinte, prejudicando a prática do enfermeiro, pois ele torna-se impotente diante do poder exercido pelo médico na condução do parto de baixo risco:

[...] têm muitos médicos que fazem partos terríveis, partos laboriosos sem condição nenhuma, mas tem o nome de médico, tem um CRM, está autorizado a fazer, aí termina fazendo coisas que, assim, são completamente inadequadas para ser feito com aquela paciente (M02).

[...] aí eles (médicos) passam a acreditar que aquelas práticas de violência obstétrica no cotidiano é rotina e é normal (E06).

[...] eu acompanhei ela durante todo o trabalho de parto e lá no (hospital) da polícia o pessoal era meio, meio bruto, os médicos (E08).

[...] a mulher que tinha que ficar na cama, a mulher que tinha que ficar de lado, a mulher que não podia tomar água [...] (E07).

[...] que é possível construir um modelo novo, um modelo de qualidade onde essas gestantes sejam bem atendidas, que saiam do serviço de saúde com menos queixas de maus-tratos verbais, principalmente, muitas vezes, nem físicos, mas verbais. É de maus-tratos, mau atendimento mesmo (E11).

No geral, os profissionais de saúde se deparam constantemente com a violência obstétrica sem perceber, pois já faz parte do seu cotidiano, e esta prática torna-se banalizada pelos profissionais e pelos serviços, passando então a acreditar que condutas, muitas vezes, violentas são normais.

Então, são elaborados, nesse contexto, rituais rotineiros na assistência ao parto hospitalar, que limitam a autonomia da parturiente e que são impostos pela equipe de saúde: as proibições e determinações realizadas no momento do nascimento. São orientações de obediência, além de comentários ofensivos e preconceituosos. Percebe-se que, por

meio de comentários desnecessários, a equipe médica também demonstra reações de agressividade com a mulher.

O médico em seu processo de trabalho tende a ser mais intervencionista do que o enfermeiro e alguns rituais obstétricos, nesse contexto, se tornam, muitas vezes, agressivos. O enfermeiro pode nessa relação fazer um trabalho mais humanizado e voltado para o incentivo ao parto natural, com o mínimo de técnicas intervencionistas, já que a ele compete apenas a realização dos partos de baixo risco, além de poder dedicar mais tempo à parturiente na condução do parto. Contudo, as falas dos participantes da pesquisa revelaram que havia resistência dos médicos na elaboração de novas formas de incentivar partos mais naturais e mais respeitosos em relação à autonomia da mulher. Silveira, Camargo e Crepaldi, (2010) apontam que os enfermeiros são os profissionais notadamente mais reconhecidos pelas parturientes e pelos próprios profissionais como os mais presentes, considerando importante sua atuação.

A pesquisa de Wolff e Waldow (2008) identificou a desumanização da assistência no parto, bem como a violência obstétrica e o não cuidado, porém é caracterizada por uma violência consentida, já que as mulheres se veem numa relação de subordinação e temem pelo bebê e pelo atendimento. Assim, a Organização Mundial de Saúde instituiu a declaração de prevenção ao desrespeito, abusos e maus-tratos contra as parturientes durante a assistência ao nascimento (OMS, 2014).

De acordo com o olhar do pensamento complexo, na organização hospitalar estão presentes a hiperespecialização (obstetrícia) e organização hierárquica (enfermeiro subordinado à equipe médica), impedindo a transgressão salvadora nos casos extremos, além de colocar o paciente numa relação de rebaixamento, reduzindo-o à passividade. É preciso mobilizar os profissionais, clientes e gestores nos ambientes hospitalares.

#### **SUBCATEGORIA 4 - IDENTIFICANDO AS FRAGILIDADES NOS PROCESSOS DE GESTÃO NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA**

Sabemos também das fragilidades encontradas nos processos de gestão. As Políticas Ministeriais são bem planejadas, mas a operacionalização em nível estadual, municipal e local possui entraves importantes.

Eu acho que a política, ela existe muito bacana no papel, mas ela é muito longe da gente. Ela não se

aproxima. Quando a gente escuta alguém falar de parto humanizado, quando a gente consegue fazer alguém ouvir a gente, já é assim, já é demais (E14).

Realmente as políticas são muito bem desenhadas, só que o sistema... Ele não está acostumado; não conhece essas políticas. E o sistema não tem oferecido estrutura, nem para o próprio modelo convencional; quanto mais para esse modelo novo a ser construído [...] (E06).

Outros entraves são presentes na gestão municipal de Natal (RN) e na gestão estadual de saúde do Estado do Rio Grande do Norte, quando estas fornecem um pró-labore ao médico, caracterizado por remuneração para o profissional, por parto realizado. Isso tem gerado a desumanização do nascimento, na medida em que esses profissionais competem entre eles próprios e com o enfermeiro, pois, quanto mais partos eles realizam, mais bem remunerados serão. Nesse contexto, há uma distorção na qualidade dos nascimentos, pois os partos são propositalmente acelerados (amniotomia, uso de ocitocina, uso de manobras) para que o profissional em seu plantão realize o máximo de procedimentos possíveis. Os enfermeiros ficam à margem na realização do parto de baixo risco, pois eles não recebem o pró-labore e não se sentem à vontade de realizar os procedimentos que o profissional médico irá assinar.

É difícil acontecer esse momento (enfermeiro realizar o parto), então isso me desestimulou muito lá. Realmente isso me desestimulou, porque lá vive sempre superlotado devido a esse incentivo (produtividade) (E05).

[...] esses colegas que fizeram as suas especializações e fugiram da prática foi em função de uma coisa: que chama pró – labore, ou em outros estados AIH, porque isso aí é uma disputa de mercado e o médico, por ser, por tradição, já tem conseguido esse pró-labore, essa AIH, ele não abre mão nos serviços em que eles estão para que os enfermeiros obstetras atuem no campo de trabalho e isso é um dos entraves que deveria ser resolvido a nível ministerial (E10).

Então os médicos passaram a tomar conta desse território e também tem as questões das AIHs, que

não dá para os enfermeiros, não recebem, e os médicos recebem (G06).

[...] a princípio uma das coisas era a questão da AIH, que é assinada somente pelo médico e então a gente iria fazer esse parto e o médico que iria assinar. Aí eles não queriam assinar um parto feito pelo enfermeiro. Então a gente também não quis comprar essa briga (G07).

Que o importante para eles, seria o quê? Ganhar a AIH. Mesmo que eu fizesse, como enfermeiro obstetra eu não iria ganhar nada, mas como eu estaria no plantão aquele parto que ele iria assinar...nesse período aí não havia aquele problema de não acreditar, porque o dinheiro eu acho que estava na frente (E13).

A gente sabe que tem muita dificuldade. A parte financeira também é uma coisa que também é contra, porque na hora que ele recebe uma AIH, já prejudica em outra, e por aí vai, mas eu sou a favor do enfermeiro obstetra dentro das maternidades (G08).

É necessário que os profissionais sejam reconhecidos pelo desenvolvimento do seu trabalho na saúde e no nosso contexto, do acompanhamento e realização do parto. Seria pertinente que o profissional médico, bem como os demais membros da equipe recebessem esse reconhecimento financeiro livre de estratégias que possam dificultar a humanização do nascimento e a desvalorização profissional.

Outros fatores ainda contribuem negativamente para a realidade apresentada. Como a falta de estrutura física das maternidades, a falta de insumos e de manutenção de estruturas e equipamentos da saúde.

[...] o primeiro que eu vejo é a questão estrutural que não ajuda. Nós não temos aqui uma estrutura, nem para o parto que a gente está fazendo hoje [...] (G07).

Hoje eu diria que no caso da realidade de Natal nós temos uma limitação estrutural, ou seja, nossos serviços são precários, estruturas antigas, inadequadas, com sérios problemas estruturais, de manutenção, temos ainda dificuldades de suprimento e isso é um limitante que já adiciona uma certa insegurança (G01).

O baixo quantitativo de enfermeiros nas maternidades compromete a garantia de escalas na assistência ao parto. O número de médicos obstetras é apresentado como um bom quantitativo, e assim os partos de baixo risco também são direcionados para eles e ainda percebem a produtividade pelo quantitativo de partos realizados, dificultando ainda mais o espaço do enfermeiro.

[...] porém, atualmente só existem dois enfermeiros obstetras para a sala de parto no complexo obstétrico do (hospital) Santa Catarina. Mesmo que a gente pudesse fazer partos, os dois enfermeiros obstetras realizariam, porém iria ficar deficiente em algum horário, porque os dois enfermeiros obstetras não cobriria as 24 horas da assistência obstétrica (G04).

Nesse contexto constata-se a necessidade de investimento na contratação de enfermeiros obstetras nas maternidades para suprir a carência nas escalas e conseqüentemente suprir os espaços técnicos e políticos decorrentes dessas ausências.

#### SUBCATEGORIA 5 - PERCEBENDO POUCA EFETIVIDADE NA CONSTRUÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA

Quanto à organização da atenção à saúde, discutiremos sobre a importância da implantação das Redes de Atenção à Saúde no SUS. Essa organização deve se contrapor aos sistemas fragmentados de atenção, que são fundados em pontos isolados de atenção à saúde que não se comunicam entre si, não dando respostas às demandas da população (MENDES, 2010).

As redes não são, simplesmente, um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações [...] Os hospitais, nas RASs, devem cumprir, principalmente, a função de responder às condições agudas ou aos momentos de agudização das condições crônicas, conforme estabelecido em

diretrizes clínicas baseadas em evidências. Para isso, os hospitais em redes devem ter uma densidade tecnológica compatível com o exercício dessa função e devem operar com padrões ótimos de qualidade. (MENDES, 2011).

No contexto da saúde da mulher, a Rede Cegonha objetiva qualificar a assistência à mulher no processo do parto, bem como do neonato, desde o nascimento até os dois anos de vida do bebê. Os objetivos se fundamentam na organização de novo modelo ao nascimento, com garantia de acesso, acolhimento, resolutividade e redução da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011).

Ainda hoje eu acho que um dos grandes problemas das propostas de rede é que elas têm tido pouca efetividade (G01).

[...] só que, com a superlotação que nós temos, essa humanização, ela desaparece na entrada, embora que a equipe tenha todo o cuidado [...] (G03).

Essas mulheres continuam nesse roteiro de um canto para outro, andando nessas ambulâncias, caindo aos pedaços, sofrendo às vezes com pressão alta, morrendo dentro das ambulâncias, parindo dentro das ambulâncias. Então cadê a política, cadê essa rede cegonha não está fazendo nada também (E07).

No Estado do Rio Grande do Norte, o processo de consolidação da rede apresenta dificuldades de operacionalização. Os encaminhamentos são lentos e ainda a efetividade é embrionária. Existe falta de enfermeiros obstetras. As mulheres têm dificuldades de acesso e de referências do local de parto, causando muitas vezes a superlotação nos hospitais de maior complexidade. São poucas as maternidades localizadas no interior do estado que realizam o parto de baixo risco, bem como maternidades que ofereçam o suporte para os partos de risco. A prática dos encaminhamentos resulta, muitas vezes, em riscos para as parturientes e bebês, considerando a má qualidade dos transportes, além do risco comum de o parto ocorrer durante o percurso, ou, quando conseguem chegar numa maternidade, têm que ser reencaminhadas para um terceiro destino, causando a peregrinação das mulheres. Estas desordens são transtornos importantes que precisam ser repensados.

A gestão de saúde deverá ter um olhar para as maternidades de baixo risco, no sentido de garantir a qualidade do parto, livre de técnicas intervencionistas, porém com o sistema de regulação em pleno funcionamento. Dessa maneira, uma das alternativas é o investimento no enfermeiro obstetra, tendo o aparato da equipe médica para as situações de necessidades de intervenções.

#### SUBCATEGORIA 6 - VIVENCIANDO SENTIMENTOS NEGATIVOS DO ENFERMEIRO OBSTETRA

Diante das dificuldades vivenciadas durante a atuação do enfermeiro, quando ele não consegue ter autonomia na condução do parto, há o despertar de sentimentos negativos de tristeza, revolta, medo, frustração, angústia e injustiça.

As formas como os enfermeiros obstetras expressam os sentimentos são através da recusa em realizar os procedimentos, através da acomodação, desânimo para continuar lutando, e desviando suas atividades para outros focos. Esse desestímulo causa o enfraquecimento da categoria, no sentido de não fortalecer espaços de atuação, através da conquista técnica, política e ética.

[...] uma angústia e até uma revolta, sabe, porque a gente sabe que poderia contribuir tanto, mas o entendimento daquele ambiente não deixa (E03).

[...] mas ao mesmo tempo não tem essa parceria com a gente (os médicos), então acaba que muitas vezes a gente fica com medo (E08).

Bom, a princípio (eu) sinto frustração, porque a gente fica só com as sobras [...] (G07).

Campos et al. (2011) também apontam que os enfermeiros sentem-se frustrados quando não conseguem atingir seus objetivos em sua atuação. A frustração e o desestímulo se dão quando os enfermeiros não têm apoio dos gestores que possibilite a garantia de espaços para a atuação na redução da morbimortalidade materna e infantil (FERREIRA; ROCHA; NUNES, 2009).

Esse desestímulo vivenciado pelos enfermeiros na maioria das maternidades do Rio Grande do Norte tem dificultado a consolidação e o crescimento da enfermagem obstétrica. Diante dessa realidade, deverá haver uma preocupação quanto à compreensão em relação às desordens,

na perspectiva de almejar a ordem para que haja uma mobilização para mudança.

Assim, as contradições existentes, as incertezas, as desordens diversas presentes no fenômeno traduzem a necessidade de compreensão através do pensamento complexo, no sentido de visualizar a perspectiva da ordem no contexto. É necessário, dessa forma, conceber conjuntamente a ordem e a desordem para poder identificar, na complexidade, a compreensão da organização, bem como suas interações. Sendo assim, o pensamento complexo dá a oportunidade de perceber que os fenômenos desordenados são importantes para oportunizar a construção de fenômenos ordenados (MORIN, 2011b; MORIN, 2012).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As desordens enfrentadas durante a prática do cuidado do enfermeiro no parto demonstram a dificuldade presente no processo de trabalho do profissional responsável pela condução do parto natural, de baixo risco. A falta de autonomia do enfermeiro em sua atuação, a hegemonia médica nos processos de nascimento, os sentimentos negativos vivenciados pelo enfermeiro em sua atuação, a violência obstétrica presente nos processos de nascimento, as desordens nos processos de gestão na assistência ao parto e a falta de efetividade na construção de redes de atenção ao parto sinalizam o descontentamento do enfermeiro no cotidiano do seu trabalho na assistência ao nascimento no Estado do Rio Grande do Norte e caracterizam o fenômeno da pesquisa como complexo.

A complexidade traz o olhar quanto ao fenômeno relacionado às desordens vivenciadas no exercício profissional do enfermeiro e aponta a necessidade de repensar a melhoria dos processos assistenciais no parto. Dessa maneira, o enfermeiro obstetra, outros profissionais de saúde e gestores de saúde devem estar conscientes de suas responsabilidades nos processos de mudanças.

Porém, essas lutas não serão promissoras, se não houver a iniciativa do enfermeiro obstetra de, como profissional, tomar as decisões e principalmente almejar o alcance da liberdade.



## REFERÊNCIAS

- ÂNGULO-TUESTA, A. et al. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p.1425-36, set./out. 2003. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n5/17815.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2015.
- BELLAGUARDA, M. L. dos R. et al. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 2, p. 369-374, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a23.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011; Portaria n.º 2351, de 05 de outubro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/dab/PORTARIA\\_N\\_2.351\\_DE\\_5\\_DE\\_O UTUBRO\\_DE\\_2011.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/dab/PORTARIA_N_2.351_DE_5_DE_O UTUBRO_DE_2011.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2014.
- CAMPOS, R. M. C. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP.**, v. 45, n.3, pp. 566-574, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v45n3/v45n3a03.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2014.
- CASTRO, J. C. CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstetras envolvidas com a assistência ao parto. **Rev Latino-am Enfermagem**; v. 13, n. 6, p. 960-7, nov./dez. 2005. Disponível: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 09 mar. 2015.

FERREIRA, S. L.; ROCHA, M. M. S; NUNES, I. M. Atuação de enfermeiras obstetras no sistema único de saúde (SUS-BA): estudo entre as egressas dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica da eeuufba. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 22/v. 23, n. 1, 2, 3, p. 23-32, jan./dez. 2008, jan./dez. 2009. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/1817/1/3621>>.pdf. Acesso em :14 de dezembro de 2014.

FREIDSON, E. **Profissão médica**: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: Editora UNESP; 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 29. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 15, .5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 20. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

MORIN, E. **A via para o futuro da humanidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 13. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010a.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011a.

MORIN, E. **Saberes globais e saberes locais**: o olhar transdisciplinar. Rio de Janeiro: Garamond, 2010b.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários para a educação do futuro**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2011b.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n. 3, p. 651-657, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a21v10n3.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2014.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra, 2014. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf). Acesso em: 15 dez. 2014.

RABELO, L. R.; OLIVEIRA, D. L. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. **Rev. esc. enferm.USP**. v. 44, n.1, p. 213-220, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/22.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2014.

SILVEIRA, S. C.; CAMARGO, B. V.; CREPALDI, M. A. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, abr. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722010000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722010000100002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 07 mar. 2015.

VIEIRA, B. D. G. et al. A prática dos enfermeiros obstetras egressos da especialização da escola de enfermagem Anna Nery. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, esp. 1, p. 579-84, dez. 2012. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20nesp1/v20e1a05.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2015.

WINCK, D. R.; BRUGGEMANN, O. M.; MONTICELLI, M. A. responsabilidade profissional na assistência ao parto: discursos de enfermeiras obstétricas. **Esc. Anna Nery.**, v. 16, n. 2, p. 363-370, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/22.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

WINCK, D. R.; BRUGGEMANN, O. M. Responsabilidade legal do enfermeiro em obstetrícia. **Rev. bras. Enferm.**, v. 63, n. 3, p. 464-469, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a19v63n3.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

WOLFF, L. R.; WALDOW V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 17, n. 3, p.138-151, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/14.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2014.

#### **9.4 Manuscrito 4 - Construindo estratégias para o fortalecimento da enfermagem obstétrica do Rio Grande do Norte, na perspectiva dos sistemas complexos adaptativos**

### **CONSTRUINDO ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA DO RIO GRANDE DO NORTE, NA PERSPECTIVA DOS SISTEMAS COMPLEXOS ADAPTATIVOS**

### **BUILDING STRATEGIES FOR STRENGTHENING RIO GRANDE DO NORTE OBSTETRIC NURSING IN THE PERSPECTIVE OF COMPLEX ADAPTIVE SYSTEMS**

### **CONSTRUCCIÓN DE ESTRATEGIAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ENFERMERÍA OBSTÉTRICA DEL RÍO GRANDE DEL NORTE, EN LA PERSPECTIVA DE LOS SISTEMAS COMPLEJOS ADAPTATIVOS**

**Maria Cláudia Medeiros Dantas de Rubim Costa<sup>10</sup>  
Alacoque Lorenzini Erdmann<sup>11</sup>**

#### **RESUMO**

A pesquisa objetivou compreender as estratégias de fortalecimento da enfermagem obstétrica para o Estado do Rio Grande do Norte (RN). Foi realizada através da Teoria Fundamentada nos Dados como suporte metodológico e do Pensamento Complexo como suporte teórico. Cinco maternidades compuseram o estudo, que possuíam a atuação do

---

<sup>10</sup> Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC. Brasil. Professora da Escola de Enfermagem/UFRN. Integrante do Grupo de Pesquisa GEPADES – PEN/UFSC. Endereço: Av. Abel Cabral, Condomínio Jardim Atlântico, nº 2035, casa 16. Nova Parnamirim. Parnamirim- RN. Telefone: (84) 99551535. E-mail: mclaudiadantas@gmail.com.

<sup>11</sup> Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC. Brasil. Coordenadora do Grupo de Pesquisa GEPADES – PEN/UFSC. Pesquisadora 1 A do CNPq. E-mail: alacoque@newsite.com.br

enfermeiro obstetra. A coleta de dados se iniciou após aprovação do Comitê de Ética, segundo Parecer nº 507.327, no período de fevereiro a outubro de 2014. Foram organizados três grupos amostrais, o primeiro de 16 enfermeiros obstetras, o segundo composto por oito gestores de saúde e diretores de hospitais e, por último, o terceiro grupo amostral composto por sete médicos. A construção de espaços favoráveis de atuação do enfermeiro, da relação com os profissionais médicos/estudantes, do incentivo às maternidades modelo e do apoio de diversos atores sinalizam as estratégias para o fortalecimento da enfermagem obstétrica no RN.

**Palavras-chave:** Enfermagem Obstétrica. Complexidade.

### **ABSTRACT**

The study aimed to understand the strategies for strengthening obstetric nursing in the State of Rio Grande do Norte (RN). It was performed using the Grounded Theory as a methodological support and the Complex Thought as a theoretical support. Five hospitals with the performance of obstetric nurses composed the study. Data collection began after approval by the Ethics Committee, according to opinion nº. 507,327, covering the period from February to October 2014. Three sample groups were organized, with the first one formed by 16 obstetric nurses, the second one consisting of eight health managers and hospital directors and the third one composed by seven doctors. The construction of favourable areas of nursing work, of relationships with medical professionals/students, of incentive to reference maternity hospitals and support of various actors indicate the strategies to strengthen obstetric nursing in RN.

**Keywords:** Obstetric Nursing. Normal delivery. Complexity.

### **RESUMEN**

El estudio tuvo como objetivo comprender las estrategias para el fortalecimiento de la enfermería obstétrica en el Estado de Río Grande del Norte (RN). Se realizó a través de la Teoría Fundamentada como soporte metodológico y el Pensamiento Complejo como soporte teórico. Cinco hospitales de maternidad con la actuación de enfermería obstétrica compusieron el estudio. La recolección de datos se inició después de la aprobación del Comité de Ética, de acuerdo con el Dictamen nº 507.327, en el período de febrero a octubre de 2014. Se organizaron tres grupos de muestra, con el primero formado por 16 enfermeros obstétricos, el segundo formado por ocho gerentes de salud y directores de hospitales y el tercero compuesto por siete médicos. La

construcción de espacios favorables de trabajo de enfermería, de las relaciones con los profesionales de la medicina/estudiantes, de incentivo a los hospitales de maternidad de referencia y el apoyo de diversos actores indican las estrategias para fortalecer la enfermería obstétrica en el RN.

**Palabras clave:** Enfermería Obstétrica. Parto normal. Complejidad.

## INTRODUÇÃO

As organizações de saúde em todos os níveis de atenção podem ser consideradas complexas e poderão ser entendidas, nesse contexto, como Sistemas Complexos Adaptativos. De acordo com Agostinho (2003), os Sistemas Complexos Adaptativos são organizações construídas por indivíduos autônomos que proporcionam a cooperação para obter vantagens adaptativas, que se unem formando um agregado, que passam a se comportar como o indivíduo e se auto-organizam.

No nosso estudo discutiremos especificamente sobre a construção de estratégias de fortalecimento para a enfermagem obstétrica. Assim, essa concepção para a enfermagem, numa dimensão menor, em relação aos sistemas de saúde, é caracterizada com um novo olhar, um novo modelo que precisa ser explorado e evoluído, fortalecendo a complexidade da ciência, da enfermagem e do cuidado. Precisamos de um paradigma que possua uma concepção pautada na auto-organização, na não linearidade e capaz de considerar a importância da imprevisibilidade (VIEIRA, et al., 2009).

Segundo The Health Foundation (2010) os Sistemas Complexos Adaptativos são uma abordagem que desafia os pressupostos de linearidade de causa e efeito e considera os fenômenos da saúde e outros sistemas como um processo dinâmico. Nesse sentido, as interações e as relações de diferentes componentes afetam simultaneamente e são moldadas pelo sistema.

Assim, são apresentadas algumas propriedades dos Sistemas Complexos Adaptativos caracterizados por: interação dinâmica de vários elementos do sistema; qualquer elemento do sistema afeta e é afetado por outros, as interações não lineares podem ser pequenas e causar vários efeitos; os Sistemas Complexos Adaptativos não são complicados e muitas vezes são regidos por princípios simples; os sistemas reorganizam-se para encontrar o melhor ajuste com o meio ambiente. A maioria dos sistemas ainda pode ser incorporado a outros sistemas (THE HEALTH FOUNDATION, 2010).

Por conseguinte, a enfermagem obstétrica está em um sistema hospitalar que está em um sistema de saúde. Esse desafio de construção não é fácil e requer sensibilidade dos profissionais e gestores de saúde, no sentido de compreender as nuances que estão envolvendo as organizações de saúde, bem como as relações/interações presentes no processo de consolidação da assistência ao parto no Estado do Rio Grande do Norte.

Dessa maneira, pensamos que falarmos em estratégias de fortalecimento para almejar algo que teoricamente teria a solução pronta é uma ilusão. As estratégias diferem das programações, pois estas têm rigidez, porém podem apresentar dificuldade de sustentabilidade. Percorreremos aqui outro caminho, imprevisível, flexível, porém considerando as adversidades peculiares ao fenômeno que têm importantes desafios a serem superados (MORIN, 2011).

A consolidação da enfermagem obstétrica percorre um longo caminho de reconhecimento, desde a época das parteiras que realizavam os partos em domicílio com a presença da família. Hoje, com a medicalização da assistência e, em nosso estudo, em relação ao nascimento, as parteiras deixaram sua atuação, favorecendo a incorporação de um legado histórico importante para a construção da enfermagem obstétrica.

Nesse contexto, a referida especialidade encontra barreiras importantes para a sua plena efetivação, já que a fragmentação, a medicalização do parto, e centrado no profissional médico, são realidades presentes nos processos de nascimento no nosso país. A hiperespecialização desconsidera as relações e interações entre o órgão e o conjunto do organismo (MORIN, 2013). Na obstetrícia a mulher, o útero grávido e o bebê são olhados separadamente, de forma compartimentalizada.

No que diz respeito à organização de redes, infelizmente ainda há dificuldade na plena efetivação das políticas e as mulheres têm dificuldade de vinculação nas maternidades, há falha nos sistemas de regulação, e principalmente falta de equipe de enfermeiros nas maternidades para a realização dos partos de baixo risco.

Partindo desses pressupostos da complexidade do fenômeno e da necessidade de um olhar não linear e auto-organizador, objetivando a construção de estratégias para o fortalecimento da enfermagem obstétrica para o Estado do Rio Grande do Norte é que surgiu a questão de pesquisa: Qual a compreensão dos enfermeiros sobre as estratégias de fortalecimento da enfermagem obstétrica para o Estado do Rio Grande do Norte?



## OBJETIVO

Compreender as estratégias de fortalecimento da enfermagem obstétrica para o Estado do Rio Grande do Norte.

## MÉTODO<sup>12</sup>

Foi realizada por meio da abordagem qualitativa, sendo o referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e o referencial teórico, a Teoria da Complexidade.

A pesquisa aconteceu nas maternidades do Estado do Rio Grande do Norte. Os critérios de inclusão foram possuir histórico em relação à atuação do enfermeiro obstétrico e de humanização da assistência. A coleta dos dados foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, segundo o Parecer de nº 507.327.

Os participantes da pesquisa surgiram a partir de grupos amostrais cujo objetivo foi alcançar densidade conceitual, como determinam os pressupostos da TFD. Assim, a pesquisa constituiu três grupos amostrais caracterizados por enfermeiros (1º grupo), gestores de saúde e de hospitais (2º grupo) e médicos obstetras (3º grupo). Os enfermeiros compuseram um grupo de 16 profissionais e, a partir da necessidade de elaboração de conceitos em suas propriedades e dimensões, foi acrescentado o segundo grupo amostral, composto por oito gestores de saúde, e, por fim, o grupo dos médicos obstetras com sete profissionais.

Os dados foram coletados no período de fevereiro a outubro de 2014, sendo utilizada uma entrevista individual, por meio de um roteiro de entrevista aberto. Começou por uma pergunta ampla que delimitou o objeto e objetivos do estudo. Foram realizadas em local que garantisse a confidencialidade e privacidade dos entrevistados, com os dados registrados através de um gravador e armazenados em um computador. As entrevistas cessaram a partir do momento em que as categorias estavam bem desenvolvidas em termos de suas propriedades e dimensões.

O processo de coleta e análise aconteceu simultaneamente de forma comparativa. A análise iniciou-se pela microanálise, linha por

---

<sup>12</sup> O estudo é produto da Tese “Configurando o modelo da prática do cuidado do enfermeiro obstetra à mulher no parto hospitalar: revelando contradições e possibilidades”.

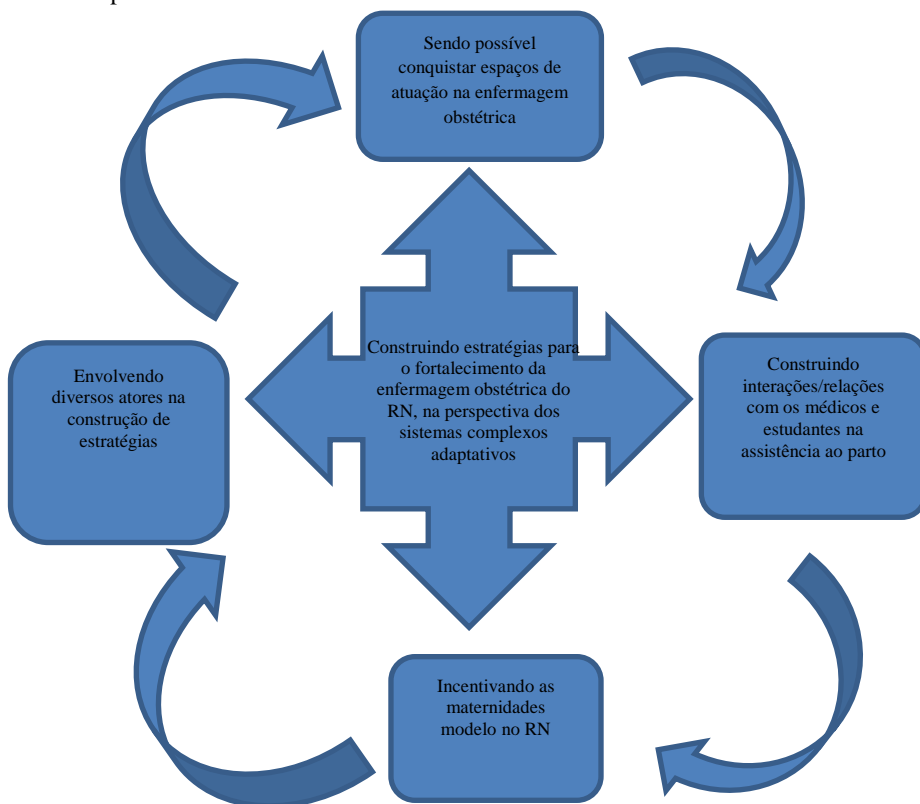
linha, por meio da codificação aberta, responsável pela decomposição, análise, comparação, conceituação e categorização. Ainda no processo de microanálise, evoluiu para codificação axial, caracterizada por relacionar a categoria à subcategoria, ou seja, às suas propriedades e dimensões. Finalmente a codificação seletiva oportunizou a delimitação da categoria central, até a fase da integração das categorias e do fenômeno central.

Outros recursos são também importantes para a análise dos dados na TDF, como a construção de memorandos e diagramas. Os memorandos caracterizaram-se por registros de análises realizadas com o objetivo de elaboração de novos questionamentos e formulação de hipóteses. A elaboração de diagrama auxiliou na visualização gráfica e na relação dos conceitos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Pensar na necessidade de estratégias para o fortalecimento da enfermagem obstétrica, embasado pelo Pensamento Complexo e pelos Sistemas Complexos Adaptativos, possibilitou a compreensão do fenômeno: Construindo estratégias para o fortalecimento da enfermagem obstétrica do Rio Grande do Norte, na perspectiva dos Sistemas Complexos Adaptativos, construída a partir das subcategorias: Sendo possível conquistar espaços de atuação na enfermagem obstétrica; Construindo as interações e relações com os médicos e estudantes na assistência ao parto; Incentivando as maternidades modelo no Estado do RN e Envolvendo diversos atores na construção de estratégias.

Figura 6 - Construindo estratégias para o fortalecimento da enfermagem obstétrica do Rio Grande do Norte, na perspectiva dos sistemas complexos adaptativos



Fonte: Elaborada pela pesquisadora principal

### SUBCATEGORIA 1 – SENDO POSSÍVEL CONQUISTAR ESPAÇOS DE ATUAÇÃO NA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

O Ministério da Saúde tem priorizado ao longo dos anos o favorecimento do parto humanizado e do parto natural. Na atualidade a Rede Cegonha incorporou as iniciativas anteriores e direcionou estratégias para diminuição dos índices de cesáreas, bem como da morbimortalidade materna e neonatal.

Pensando em Sistemas Complexos Adaptativos poderemos visualizar o Ministério da Saúde (MS), com suas diretrizes

organizacionais e normativas, como responsável pela implementação das estratégias para a melhoria da saúde da população. A enfermagem obstétrica, no mesmo raciocínio, faz parte de uma organização complexa menor, mas que deve ser considerada, à luz de um olhar dinâmico, imprevisível, flexível, e não linear.

Nesse contexto, se insere o enfermeiro como ente fundamental para a mudança de modelo na assistência obstétrica. A Rede Cegonha trabalha também na perspectiva de construção de centros de partos normal (CPNs), conduzidos pelo referido profissional. Os investimentos deverão oportunizar a melhoria das maternidades, quanto aos espaços (ambiência) e estruturas físicas.

Acredito que a política ultimamente vem incentivando o trabalho do enfermeiro obstetra. A Rede Cegonha ficou bastante em destaque quanto ao papel do enfermeiro obstetra. Vejo que o trabalho do enfermeiro obstetra nessa política é essencial. Essencial para atingir os objetivos da política, tanto da humanização como na diminuição das intercorrências do parto, dos problemas de um trabalho de parto normal. Eu acredito que sem o profissional enfermeiro obstetra a assistência à mulher que está em trabalho de parto não seria completa (E01).

Eu acho que a gente tem muito a caminhar ainda, mas que a gente já avançou bastante, e eu acho que a Rede Cegonha vem aí para [...], entrou, chegou para dar um pontapé para a gente em relação a isso. Agora eu acho que nada se constrói sozinho (E04).

[...] nós já temos conhecimento da excelência da qualidade dessa atenção (enfermagem obstétrica), inclusive, eu conheci uma experiência em Juíz de Fora, a casa de parto, que foi uma das referências no início da experiência, a própria experiência de São Paulo, e nós temos todo o apoio e segurança e sabemos que é um parto mais humanizado e mais qualificado, então a gente tem plena convicção disso (G01).

[...] como obstetra eu sou um defensor do parto humanizado e do parto realizado por *midwifery* porque tive a oportunidade de vivenciar a experiência do parto com *midwifery* e o tipo de

condução que é dada a esse parto, muito mais acolhedor, muito mais é fisiológico, com a participação muito maior do familiar, do esposo, né, no caso, e com resultado final normalmente muito mais gratificante pra mulher, durante o período de parto normal, que às vezes, é tão angustiante, é tão tenso para a mulher. Quando ele é realizado pelo profissional enfermeiro treinado a condução é muito mais tranquila e o resultado final tanto para o produto conceptual, para o conceito, é muito bom e a satisfação da mãe por ter participado, por ter vivido aquele momento, entendendo cada parte, é muito bom (G02).

O Ministério da Saúde, nessa perspectiva de construção de Centros de Partos Normal (CPN) intra ou peri-hospitalares instituída pela Portaria nº 11 de 07 de janeiro de 2015, redefine as diretrizes para a sua implantação e habilitação e prioriza a atuação do enfermeiro obstetra, sendo o responsável técnico e o coordenador do cuidado; com um ou dois enfermeiros obstetras ou obstetriz na assistência ao parto, além de técnicos de enfermagem, sendo o quantitativo a depender do número de leitos. Deverá ser garantida a retaguarda assistencial para os casos de indicação de intervenção médica. Os centros de parto normal serão de atendimentos exclusivos para os partos de baixo risco. A estrutura física deverá ser no modelo PPP (Pré-Parto, Parto e Puerpério) (BRASIL, 2015).

A maternidade de Felipe Camarão, ela vem atuando mais próximo dessa ideia da atenção, da perspectiva do centro de parto normal, mas é uma decisão ainda a ser construída e implementada, exatamente para você garantir o pessoal, as condições e a retaguarda da atenção médica, quando necessária pela dificuldade que temos ainda nessa relação, mas é essa um pouco a perspectiva que nós estamos trabalhando (G01).

A enfermeira obstetra, durante processo de sensibilização para implantação de novo modelo assistencial obstétrico em uma maternidade do país, incorporou condutas humanizadas, conferindo poder simbólico para a política e fazendo parte da articulação com a gestão municipal para operacionalizar a prática. As dificuldades com a

equipe médica foram muitas, mas continuaram na luta por uma assistência humanizada e de qualidade. A inserção do enfermeiro no centro obstétrico demarca, assim, o espaço e constrói símbolos importantes para o reconhecimento do seu trabalho (PROGIANTI; MOUTA, 2009).

Em nosso campo, os médicos sinalizam receio quanto aos centros de partos normal em relação à dicotomia, à separação do médico e enfermeiro na assistência ao parto. Eles se sentem responsáveis pelo desfecho dos partos e sentem-se seguros, se o parto estiver sob seu alcance, ou sob sua gestão assistencial. É uma quebra de paradigma na assistência ao parto, pois há uma reorganização da referência técnica no parto de baixo risco. São desordens a serem compreendidas para a possibilidade de desconstrução e construção. Considerar as contradições existentes nas organizações é almejar o crescimento delas.

Uma coisa que eu falo muito que seria interessante é que a gente sempre conseguisse trabalhar junto e não de forma separada. A política do Ministério às vezes pensa assim, de dividir em salas de parto e casas de partos. Eu acho que se estivessem todos dentro do hospital, nem que existisse um local separado para enfermeiro [...] ali que o enfermeiro fique ali no baixo risco tal, mas dentro do hospital. Eu acho que ficaria tranquilo, porque se houvesse qualquer necessidade...rapidamente a gente poderia estar ajudando e resolvendo a situação que ocorresse realmente (M03).

Porém, percebe-se que a Rede Cegonha tem muita dificuldade de operacionalização e em ter enfermeiros obstetras atuando nos processos de nascimento. No Estado do Rio Grande do Norte, apesar de muitas dificuldades, existem iniciativas exitosas que poderiam estar favorecendo a disseminação da autonomia do enfermeiro e que poderiam também contribuir na perspectiva de polo de capacitação para novos profissionais. Estas maternidades estão vinculadas à Universidade Federal do Rio Grande do Norte, ponto favorável para a incorporação e disseminação de novos saberes. Então, as estratégias para o fortalecimento da atuação do enfermeiro surgem em nossa pesquisa dessa experiência pontual no estado, mas promissora, no sentido de poder colaborar com a construção.

De acordo com Morin (2011), a construção de espaços e o caminho para alcançá-los não são fáceis, nem tampouco programados. Deveremos contar com situações novas e inesperadas, com elementos adversos, além de ter a necessidade da flexibilidade. Dessa maneira, consideramos os espaços de atuação da enfermagem obstétrica.

Na Enfermagem o sistema sobrevive porque aprende ou evolui de maneira adaptativa, registrando informações para extrair as regras ou normas formais ou informais, inserindo-as nas políticas de gestão, que são continuamente mudadas à luz das experiências de seus agentes (SILVA; ERDMANN; CARDOSO, 2008).

Quanto à participação dos enfermeiros no cuidado e gerenciamento dos processos de nascimento, deverá haver interesse, formação que ofereça competências na perspectiva multidimensional e atenção da gestão de saúde federal, estadual, municipal e local.

O Ministério da Saúde, através de portarias, reconhece a importância do enfermeiro obstetra nos processos de nascimento. Porém, existe uma lacuna importante entre a regulamentação e as diretrizes que norteiam a participação deste na realização do parto de risco habitual e para a concretização efetiva de sua atuação.

As estratégias não são simples e requerem um olhar complexo ao fenômeno. Percebemos no contexto estudado que os documentos, protocolos, portarias e diretrizes, por si, não garantem os espaços dos enfermeiros. Assim, a gestão de saúde deve estar aberta, flexível e disposta a enfrentar as desordens e dar continuidade às políticas para favorecer a referida prática com o objetivo de melhorar a assistência obstétrica e neonatal no Estado do Rio Grande do Norte. As contradições estão presentes na construção de estratégias para o fortalecimento da enfermagem.

[...] o Ministério da Saúde elaborou e está aí lançando e está chamando a atenção dos enfermeiros obstetras para seguir e, no que a gente segue este protocolo, a gente consegue uma maior autonomia inclusive na profissão e também consegue um maior respaldo na questão dos resultados com essa paciente (E10).

A política do Ministério, ela só veio ajudar, no caso, nós, enfermeiros, a fortalecer o nosso papel

enquanto enfermeiro realizando o parto de baixo risco e diminuir a medicalização e as intervenções que tem desnecessárias no parto, porque, quando a gente traz o obstetra no parto, tende a se tornar um parto mais medicalizado, com intervenções desnecessárias (E16).

Os gestores de saúde em nosso campo de pesquisa reconhecem a importância do trabalho do enfermeiro obstetra no parto. Mas deverão estar sensíveis e construir estratégias para a plena efetivação.

Como obstetra eu sou um defensor do parto humanizado e do parto realizado por *midwifery* porque tive a oportunidade de vivenciar a experiência do parto com *midwifery* e o tipo de condução que é dada a esse parto, muito mais acolhedor, muito mais é fisiológico, com a participação muito maior do familiar, do esposo, né, no caso, e com resultado final normalmente muito mais gratificante pra mulher, durante o período de parto normal, que às vezes, é tão angustiante, é tão tenso para a mulher. Quando ele é realizado pelo profissional enfermeiro treinado a condução é muito mais tranquila e o resultado final tanto para o produto conceptual, para o conceito, é muito bom e a satisfação da mãe por ter participado, por ter vivido aquele momento, entendendo cada parte, é muito bom (G02).

Assim, a disseminação da política, bem como a implantação de estratégias que favoreçam a referida prática devem estar na agenda de prioridades das Secretarias de Saúde e diretores de maternidades em todo o Estado do Rio Grande do Norte. Algumas ferramentas devem ser consideradas na gestão, como o envolvimento dos profissionais e as discussões nas comissões gestoras de saúde e nos colegiados gestores das maternidades. A política deverá ser discutida e disseminada com todos os profissionais assistenciais.

[...] primeiro partindo da gestão. Eu acho que se a gestão está sensibilizada para esta prática que ressurge com a enfermagem obstétrica [...] Então, assim, eu acredito que se a gestão de saúde, como Secretaria de Saúde, gestão de hospital, tiver essa



sensibilização e tiver esse aprimoramento da enfermagem obstétrica, a gente teria uma melhor condição para fazer uma assistência obstétrica com boas práticas (G04).

A criação de grupos de trabalho e câmaras técnicas que sejam apoiadas pelo gestor e que este possa garantir a decisão colegiada e os encaminhamentos são desafios de gestão que devem ser investidos. Na prática existem grupos, mas com pouco poder de decisão, resultando na não operacionalização da atuação do enfermeiro no parto.

[...] mas vai acontecer com maior rapidez se nós, a partir de agora, já rapidinho mesmo, começar a discutir essa Rede Cegonha como processo multiprofissional, multidisciplinar, que a gente precisa amarrar estes questionamentos todos os meses, criar comissão, criar esses trabalhos, essas câmaras técnicas a nível de estado, a nível federal [...] (E14).

Deverá também partir do profissional, isto é, ele deve se empoderar, decidir sobre sua atuação. Deverá querer mudar a realidade. A formação é ponto relevante para a operacionalização dos espaços, pois esta deve permitir a realização da assistência obstétrica. Deve-se ter a garantia do saber-fazer, pois fornecerá a confiança que deve ser percebida por todos os profissionais da área, bem como dos pacientes e gestores.

A competência política também é indispensável e trará a conquista dos espaços, bem como a consolidação do trabalho. A competência estética proporcionará o embasamento e a construção das relações e a competência ética dará o direcionamento das condutas. Percebemos que a formação integral, na verdade, é o que fará a mudança no cenário de dependência.

Eu estou aqui há 22 anos e para conquistar esse meu espaço tenho um certo respeito diante os meus colegas de trabalho. Foi com muito sacrifício, muita briga, muita luta e que hoje eu vejo um reconhecimento não só deles como da própria população (E10).

Eu partejo a paciente, faço partograma, partejo, acompanho, faço parto, sou da docência,

também, tanto da residência multi, como da residência médica, eu fico com os doutorandos de medicina, acompanho... Então, aqui na maternidade, realmente eu atuo plenamente, tenho autonomia, não tenho problema nenhum com a equipe (E04).

Pela parte do enfermeiro em relação ao parto, eles têm que ter um pouco mais de segurança e eu acho que, a segurança, ela vem pela capacitação, não só pela capacitação, mas pelo aumento no número de partos, por eles se sentirem apoiados pelos profissionais médicos, ou seja, se sentirem parceiros. Acho que isso aí já melhoraria muito (M06)

Aí, neste caso, eles se capacitarem e se tornarem mais atuantes. E a capacitação propriamente dita [...] os enfermeiros se sentirem mais confiantes e preparados para a realização do procedimento, para a realização do parto (E16).

É preciso habilitar enfermeiros obstetras quanto à prática, pois no Estado do Rio Grande do Norte a grande maioria deles não realiza o parto, considerando que não atuam devido à dificuldade em relação à hegemonia médica, e aos campos de atuação. A formação de novos profissionais também é importante para que os números sejam capazes de mudar esta realidade e incorporar um contingente amplo de profissionais que atuem com qualidade e tranquilidade. Pois existem ainda falta de aproveitamento dessa formação na atenção ao parto, fortalecendo a dificuldade existente quanto à priorização de novos modelos, bem como com o fortalecimento da hegemonia médica, limitando a atuação da enfermagem nos processos de nascimento (VIEIRA et al., 2012).

As normas e rotinas, bem como os protocolos na atenção obstétrica e, nesse caso, aos partos de baixo risco são fundamentais para a organização e fluidez nos processos assistenciais a serem conduzidas pela equipe. Facilitarão a organização dos fluxos e o direcionamento das atividades dos enfermeiros e médicos. Essas ferramentas deverão ser institucionalizadas e disseminadas para toda a equipe de saúde.

Eu acredito que seja possível mudar porque há serviços que a gente consegue trabalhar quando a direção, a gestão desse serviço, tem um protocolo e que se exige dos profissionais, tanto do técnico

como do médico, a postura e que seja baseada em boas práticas (E06).

Qual é o serviço de parto que pode ser atendido por enfermeiro obstetra, porque a partir do momento que você tem um protocolo que foi construído pela equipe, você não tem como questionar.....É o protocolo, ele está ali. Mas eu acho assim que, para dar o primeiro passo, todos os hospitais que ainda têm essa resistência de impedir que o enfermeiro obstetra atue indique protocolo e ficar definido aquilo ali com a gestão geral do hospital para que a gente não tenha problema (E08).

## SUBCATEGORIA 2- CONSTRUINDO AS INTERAÇÕES E RELAÇÕES COM OS MÉDICOS E ESTUDANTES NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

A relação com os médicos é outro fator de extrema importância, pois é com ele que o enfermeiro irá atuar em todos os tempos do parto. Este profissional é o que garantirá a continuidade da assistência, se o parto transcorrer com distocia, que transcenda o padrão de baixo risco. Sua presença na assistência obstétrica é indispensável, já que o parto é imprevisível e pode necessitar da competência técnica do médico. Os processos de trabalho do médico e enfermeiro deverão estar definidos na organização, para que não haja dificuldades em relação aos limites e aos espaços profissionais.

É somar com a equipe médica e fazer um trabalho em equipe para que tudo corra da melhor maneira possível e que o enfermeiro se detenha ao parto de baixo risco e que o médico atue, fique com a parte de alto risco. Então a nossa pretensão é essa de somar e juntos fazermos o melhor para a paciente (E05).

Agora, aquelas pacientes que são primigestas, mas que têm algum impedimento, ou mesmo aquelas múltiparas que têm alguma patologia obstétrica, alguma coisa que seja mais complicado, que precisa fazer algumas manobras ou algumas ações exclusivas do médico, essas eu acho que tem que deixar direto com médico, com isso não quer dizer que o enfermeiro não possa estar junto também e

como também nos próprios partos de baixo risco que o enfermeiro faz, não tem nada demais que o médico esteja junto também. Desde que todo mundo respeitando a ética para ninguém interferir no trabalho do outro, mas eu acho que é importante a participação do enfermeiro obstetra [...] (M02).

Assim, a interação deve ser saudável, sem disputa de poder e principalmente deve propiciar tranquilidade na condução do cuidado no parto. Lembramos que as relações em uma organização são complementares e antagônicas ao mesmo tempo (MORIN, 2011).

Então, conquistar o espaço de atuação da enfermagem obstétrica é um desafio ultrapassado com o tempo. É preciso comprovar a habilidade e competência, principalmente para a equipe médica. Este espaço, por sua vez, é permeado por inquietações, lutas e desentendimentos. Porém, com a demonstração do trabalho competente do enfermeiro, pautado na construção de parceria, a opinião do médico começa a ser transformada em valorização, em respeito e confiança. Não é fácil a construção da referida prática, mas é necessário enfrentá-la.

[...] eu consigo construir uma relação com os médicos de respeito, de confiança, onde você é ouvida na verdade, sua informação ela tem valor, sua opinião tem valor e confiança (E11).

O enfermeiro é quem dá o primeiro passo. Então, tem que começar por isso aí. Então, depois da classificação de risco eles vão ver que você já tem o conhecimento, ele já lhe observa, ele já lhe testa e ele já sabe que você um conhecimento bom para a triagem. Da triagem você já passa a fazer junto com ele um trabalho de bem mais parceria, porque você já passou por uma experimentação... Porque na verdade o obstetra tem medo de entregar o trabalho dele para um profissional que ele não conhece, e eu até entendo (E14).

Olhe, primeiro, quando eu chego num hospital que tem uma enfermeira de plantão, eu não vou entregar de cara todo o serviço a ela. Eu vou observar, vou observar as atitudes dela, vou tentar orientar aquilo que eu achar que ela não está fazendo corretamente e ela vai ter que me conquistar com o trabalho dela, conquistar, para

inspirar minha confiança para que cada dia mais a gente possa dividir as tarefas dentro do centro obstétrico (M05).

Então, se a paciente que está dentro do pré-parto, já triada como baixo risco, tem um acompanhamento de perto pelo profissional capacitado, pelo enfermeiro obstetra, principalmente a questão da vitalidade fetal e o acompanhamento dentro do processo de dilatação e do trabalho de parto, de uma maneira em geral, eu me tranquilizo e posso desenvolver outras atividades com mais tranquilidade (M04).

Tem, é claro que tem alguns profissionais médicos, não são todos, que têm uma abertura para isso. Tem profissionais mais novos que já vêm com uma nova formação que eles já buscam mais a participação do enfermeiro no processo do parto (G06).

A complexidade deve ser considerada no cuidado ao parto, pois as organizações do cuidado são caracterizadas pela existência de trocas, seres humanos e sistemas de ideias que se auto-organizam, partindo de mecanismos de sobrevivência dos sistemas sociais e naturais (ERDMANN, et al., 2004). Além de ser uma ferramenta conceitual para mobilizar fenômenos que envolvem relações, interações e associações entre seres humanos, destes com o ambiente, e consigo mesmos e, por que não dizer, do cenário complexo das relações diversas (BAGGIO; MONTICELLI; ERDMANN, 2009).

### SUBCATEGORIA 3 – INCENTIVANDO AS MATERNIDADES MODELO NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Algumas realidades pontuais no Estado do Rio Grande do Norte com concentração nas maternidades de ensino têm trazido uma proposta interessante da disseminação da prática do enfermeiro obstetra. Os enfermeiros têm acompanhado os alunos na realização do parto, tanto os alunos de enfermagem e medicina da graduação, quanto os alunos residentes de enfermagem e medicina. Já se percebe um reconhecimento deste público quanto à importância do enfermeiro na condução do parto, bem como dos próprios médicos. Pois esta integração ocorrida durante a formação médica desmistifica o preconceito do futuro médico com relação ao enfermeiro obstetra. Os

enfermeiros que, de fato, atuam no parto têm conseguido sucesso em relação a esta integração considerada positiva, nessa localidade, do médico e do enfermeiro.

Neste contexto, o enfermeiro está se destacando nas boas práticas de assistência ao parto, tendo a oportunidade de demonstrar isso para os outros profissionais da saúde, bem como de sugerir e de incentivar mudança de postura e dar incentivo às práticas humanizadas e fundamentadas em evidências científicas. São realizadas, neste contexto, técnicas não farmacológicas de alívio da dor, incentivo à deambulação, além de demonstrar paciência no ato de partear, causando tranquilidade para a mulher e familiar.

A interação, eu acho que melhorou muito também, quando a gente começou a interagir principalmente com os alunos de medicina, porque o nosso maior problema é que eles acham que a gente toma os partos, que a gente fica competindo com eles pelas pacientes, e depois que a gente começou, que eu fui pra docência, comecei a dar aula, e a gente começou a trabalhar em equipe... Então eles têm uma visão diferente, que não é de tomar o parto (E04).

[...] e os residentes eram muitos verdinhos e quantas vezes eu ensinei os estudantes de medicina a fazer um parto normal, e assim os doutorandos de medicina, eu comecei a introduzir o parto sem episiotomia, porque no início não, eu era intervencionista (E07).

Eu acho que o grande diferencial aqui do Ana Bezerra é a acessibilidade que a gente tem, assim de acordo tanto com os métodos, para utilizar os métodos não farmacológicos, como também em parceria com os médicos. Então eles, a gente desenvolve essa confiança, essa interação muito grande. Coisa que eu não vi em outros hospitais que eu já passei. Então existe realmente esse trabalho em equipe, e as pacientes mesmo relatam (E15).

As relações nos Sistemas Complexos Adaptativos formados por agentes (pessoa, célula ou organização) se fazem essenciais e produzem reações imprevisíveis e podem influenciar todo o sistema, já que existem as interligações no sistema. Uma ação não causa um único

resultado esperado, mas pode apresentar inúmeros e imprevisíveis efeitos (CHAFFEE; MCNEILL, 2007).

Sendo esta realidade positiva seria interessante que a Secretaria Estadual de Saúde apoiasse a disseminação da prática em outras maternidades, como é colocado no depoimento:

Eu não sei se tinha como, mas o estado poderia se adequar também a essa questão da enfermeira obstétrica. No (hospital) Santa Catarina tem uma demanda muito grande [...] Eu acho que o estado devia interagir, colocar também enfermeiro obstetra no serviço público estadual, principalmente no (hospital) Santa Catarina. Ia ajudar e muito porque tem muito baixo risco lá (M07).

Portanto, deve-se partir de uma realidade notadamente reconhecida para que haja referência de campo prático para a especialização em enfermagem obstétrica.

Então aqui eu acho tem uma abertura muito grande e que os novos enfermeiros, eles têm que procurar justamente esse lugar que dão aberturas para ele. Aqui tem e no Rio Grande do Norte devem ter alguns. Se você quer mesmo ser enfermeiro obstetra e atuar na humanização, você tem que procurar (E02).

[...] ainda está muito novo essa história aqui no Brasil e na nossa realidade do enfermeiro obstetra fazer parto. Nós do Ana Bezerra, a gente já tem uma vivência de muito tempo e o pessoal faz parto muito bem (M02)

Na realidade só tem uma maternidade onde a gente vive essa experiência, que é no Hospital Universitário Ana Bezerra. E a visão que a gente tem é que é equipe multidisciplinar com um trabalho em parceria, um trabalho sincrônico, um trabalho harmônico que funciona bem (M01).

Deverá ter investimento nas maternidades que estão à frente da operacionalização das políticas para que sejam modelo, assim como acontece em outros estados do Brasil.

São poucos os hospitais que faz cumprir o que está determinado nas políticas ministeriais. Então tem esse aí em Minas Gerais, o Sofia Feldman, e tem o Ana Bezerra aqui no Estado do RN, e no Rio de Janeiro eu não recordo agora, mas tem um muito bom em Realengo que traz esse papel, essa atuação muito forte dos enfermeiros (E03).

Nos Sistemas Complexos Adaptativos os indivíduos aprendem, cooperam, se adaptam e se auto-organizam (SILVA; ERDMANN; CARDOSO, 2008).

#### SUBCATEGORIA 4 - ENVOLVENDO DIVERSOS ATORES NA CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Outra estratégia importante é a atuação da ABENFO (Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras), COFEN/COREN (Conselho Federal de Enfermagem e Conselho Regional de Enfermagem), ABEN (Associação Brasileira de Enfermagem) como entidades apoiadoras e norteadoras das políticas relacionadas à atuação do enfermeiro, que deve encampar a luta pela conquista do espaço da enfermagem. A participação ativa das universidades como instituições formadoras também é importante para a promoção de uma boa formação, além de poder provocar importantes discussões sobre o tema.

Eu acho que a gente deveria, enquanto classe, eu acho que a gente deveria se unir mais, retomar a ABENFO, eu acho que a ABENFO é o pontapé para muita coisa (E04).

Eu acho que a enfermagem obstétrica tem que se reunir, tem que se fortalecer. Uma articulação de rede dos enfermeiros obstetras, uma articulação da ABENFO, do COREN, ABEN. Todos eles se reunirem e aproveitar esse momento que o Ministério está nos dando, que na verdade é um programa de governo, mas a gente tem que agarrar e consolidar essa oportunidade para fazer um plano de governo e não do atual governo, e que ele seja contínuo para todos os governos (G04).

A ABEN (Associação Brasileira de Enfermagem) é uma entidade profissional de direito privado importante devido ao seu caráter



científico, cultural e político na enfermagem brasileira. A ABENFO (Associação Brasileira de Obstetizas e Enfermeiras Obstetizas) é uma entidade de direito privado sociocultural, técnico científico e político, que objetiva representar a enfermagem obstétrica em fóruns e apoiar as políticas ministeriais, tendo como missão o compromisso social com a melhoria das condições de saúde da mulher e do recém-nascido, bem como congregar esforços multiprofissionais e multissetoriais, em prol da defesa dos direitos da cidadania. Esta ainda certifica e titula enfermeiras obstetizas, quando submetidas a realização de provas teóricas e práticas no que diz respeito à enfermagem obstétrica e neonatal. O COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) e COREN (Conselho Regional de Enfermagem), não menos importantes, normatizam e fiscalizam o exercício dos profissionais de enfermagem, preocupando-se com a qualidade dos serviços e pela lei do exercício profissional da profissão (ABENFO, 2015, COFEN, 2015, ABEN 2015).

Percebemos a responsabilidade das referidas entidades e órgãos de classe na construção técnica e política da profissão, sendo fundamentais nos processos de consolidação da enfermagem obstétrica nos estados brasileiros. É preciso que haja um despertar para a problemática e um direcionamento coletivo para o empoderamento da enfermagem. Para isso são necessários os espaços técnico-políticos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Construir estratégias para o fortalecimento da enfermagem obstétrica para o Estado do Rio Grande do Norte é uma tarefa complexa, pois envolve diversos atores no processo, bem como possui a peculiaridade das interações vivenciadas na assistência ao parto, sejam elas dos profissionais da saúde (principalmente médico/enfermeiro), clientes, acompanhantes e gestores de saúde.

As relações envolvidas no processo, como disputas de poder, a falta de empoderamento dos enfermeiros e a dificuldade dos gestores de saúde, são entraves que precisam ser superados.

Assim, nosso estudo caracterizou-se por um pressuposto dos Sistemas Complexos Adaptativos, considerando a diversidade e a imprevisibilidade do fenômeno e suas várias interfaces no sistema de saúde. Percebemos também como fazendo parte desse sistema complexo a peculiaridade de capacidade de auto-organização, sendo que essa atuação do enfermeiro é moldada de acordo com o meio ambiente que sofre todas as interferências pertinentes ao processo.

O estudo sugere a necessidade de os profissionais e gestores perceberem a complexidade existente nas interações presentes no fenômeno, bem como as contradições e a perspectiva da imprevisibilidade, partindo do contexto. Esse olhar, embasado na complexidade e considerando os Sistemas Complexos Adaptativos fornecerá uma melhor compreensão para almejar fenômenos ordenados, emergindo, assim, a ruptura do modelo tradicional.

A autonomia dos enfermeiros é necessária para o fortalecimento da enfermagem obstétrica. Construir o aprendizado por meio de interesses e definições coletivas no processo de trabalho do enfermeiro obstetra, pautado nas competências, já definidas para a profissão e, a partir disso, construir redes de cooperação para a efetiva consolidação é o desafio da construção de estratégias. As relações são fundamentais.

A atuação do enfermeiro obstetra no campo de prática, as relações envolvidas no fenômeno, a participação de atores diversos na construção de estratégias e a perspectiva de um modelo de contradições, mas na perspectiva da ordem organizacional, considerando a importância da ordem/desordem na organização, não é caracterizado como estático e finalizado, mas em constante evolução.

## REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, M. C. E. Administração complexa”: revendo as bases científicas da administração. **RAE-eletrônica**, v. 2, n. 1, jan./jun. 2003. Disponível em: <[http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590\\_S1676-56482003000100016.pdf](http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590_S1676-56482003000100016.pdf)>. Acesso em: 09 mar. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/home/>>. Acesso em: 14 fev. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS - ABENFO. **Quem somos**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://abenfo.redesindical.com.br/textos.php?id=1>>. Acesso em: 14 fev. 2015.

BRASIL, Ministério da saúde. Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)...**Diário Oficial da União**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011\\_07\\_01\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html)>. Acesso em: 09 mar. 2015.

BAGGIO, M. A.; MONTICELLI, M.; ERDMANN, A. L. Cuidando de si, do outro e "do nós" na perspectiva da complexidade. **Rev. bras. enferm.**, v. 62, n. 4, p. 627-631, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/23.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2014.

CHAFFEE, M. W.; MCNEILL, M. M. A model of nursing as a complex adaptive system. **Nursing Outlook**. v. 55, n. 5, p. 232-41, 2007. Disponível em: <[http://c.ymcdn.com/sites/www.plexusinstitute.org/resource/collection/24E190C9-B485-4256-BDD5-10548A9FF0C4/Chaffee\\_-\\_Nursing\\_As\\_CAS\\_-\\_Nursing\\_Outlook\\_2007.pdf](http://c.ymcdn.com/sites/www.plexusinstitute.org/resource/collection/24E190C9-B485-4256-BDD5-10548A9FF0C4/Chaffee_-_Nursing_As_CAS_-_Nursing_Outlook_2007.pdf)>. Acesso em: 17 dez. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/>>. Acesso em: 14 fev. 2015

ERDMANN, A. L. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 467-71, jul./ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a16>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

MORIN, E. **A via para o futuro da humanidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

PROGIANTI, J. M.; MOUTA, R. J. O. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 17, n. 2, p. 165-9, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a04.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2013.

SILVA, M..A.; ERDMANN, A. L.; CARDOSO, R. S. O sistema de enfermagem hospitalar: visualizando o cenário das políticas gerenciais. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 2, p. 448-59, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a16.htm>>. Acesso em: 17 dez. 2014.

THE HEALTH FOUNDATION. **Evidence scan**: Report: complex adaptive systems. identify innovate demonstrate encourage. Londres, 2010.

VIEIRA, B. D. G. et al. A prática dos enfermeiros obstetras egressos da especialização da Escola de Enfermagem Anna Nery . **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 579-84, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5802/4218>>. Acesso em: 22 dez. 2014.

VIEIRA, M. et al. Um modelo de enfermagem como sistema complexo adaptativo. **Aquichán.**, v. 9, n. 3, p. 212-221. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n3/v9n3a02.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2014.

## **9.5 Manuscrito 5 - Revelando contradições e possibilidades na prática profissional do enfermeiro obstetra**

### **REVELANDO CONTRADIÇÕES E POSSIBILIDADES NA PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO OBSTETRA**

### **REVEALING CONTRADICTIONS AND POSSIBILITIES IN THE PROFESSIONAL PRACTICE OF OBSTETRIC NURSES**

### **DESCUBRIENDO CONTRADICCIONES Y POSIBILIDADES EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA OBSTÉTRICA**

**Maria Cláudia Medeiros Dantas de Rubim Costa<sup>13</sup>  
Alacoque Lorenzini Erdmann<sup>14</sup>**

#### **RESUMO**

A pesquisa objetivou compreender as contradições e possibilidades vivenciadas pelo enfermeiro em sua prática no Estado do Rio Grande do Norte. Pesquisa de abordagem qualitativa que utilizou a Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico e o Paradigma da Complexidade como referencial teórico. A coleta foi iniciada após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa, nas maternidades do RN que possuíam a atuação do enfermeiro obstetra no parto, no período de fevereiro a outubro de 2014. Surgiram três grupos amostrais, sendo o primeiro de enfermeiros, o segundo dos gestores de saúde e diretores de

---

<sup>13</sup>Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC. Brasil. Professora da Escola de Enfermagem/UFRN. Integrante do Grupo de Pesquisa GEPADES – PEN/UFSC. Endereço: Av. Abel Cabral, Condomínio Jardim Atlântico, nº 2035, casa 16. Nova Parnamirim. Parnamirim- RN. Telefone: (84) 99551535. E-mail: mclaudiadantas@gmail.com.

<sup>14</sup> Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem edo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC. Brasil. Coordenadora do Grupo de Pesquisa GEPADES – PEN/UFSC. Pesquisadora1 A do CNPq. E-mail: alacoque@newsite.com.br

hospital e o terceiro de médicos obstetras. A categoria Revelando contradições e possibilidades para prática do enfermeiro obstetra é demonstrada pela humanização no parto, identificação dos riscos na assistência ao parto e pela construção de significados do enfermeiro. Durante os processos assistenciais as contradições são aparentes, porém numa perspectiva de construção de possibilidades.

**Palavras-chave:** Gerência do cuidado. Enfermagem obstétrica. Complexidade.

## **ABSTRACT**

The study aimed to understand the contradictions and possibilities experienced by nurses in their practice in the State of Rio Grande do Norte. It is a qualitative study that used the Grounded Theory as a methodological framework and the Complexity Paradigm as a theoretical framework. Data collection started after approval by the Research Ethics Committee, in RN maternities that had obstetric nurses acting in childbirth, from February to October 2014. Three sample groups emerged, being the first one composed by nurses, the second by health managers and hospital directors and the third by obstetricians. The category Revealing contradictions and possibilities in the professional practice of obstetric nurses is demonstrated through birth humanization, identification of risks in childbirth care and the nurses' meanings construction. During the healthcare processes contradictions are apparent, but in a perspective of construction of possibilities.

**Keywords:** Healthcare Management. Obstetric Nursing. Complexity.

## **RESUMEN**

El estudio tuvo como objetivo comprender las contradicciones y posibilidades experimentadas por los enfermeros en su práctica en el Estado de Rio Grande del Norte. Se trata de un estudio cualitativo que utilizó la Teoría Fundamentada como marco metodológico y el Paradigma de la Complejidad como marco teórico. La recolección de datos se inició después de la aprobación por el Comité de Ética de la Investigación, en hospitales de maternidad con la actuación de enfermería obstétrica en el parto, de febrero a octubre de 2014. Tres grupos de muestra surgieron, siendo el primero uno compuesto por enfermeros, lo segundo por los gerentes de salud y directores de hospitales y el tercero por los obstetras. La categoría "Descubriendo contradicciones y posibilidades en la práctica profesional de enfermería obstétrica" se demuestra a través de la humanización del parto, identificación de riesgos en la atención del parto y la construcción de

significados de los enfermeros. Durante los procesos del cuidado de la salud las contradicciones son evidentes, pero en una perspectiva de construcción de posibilidades.

**Palabras clave:** Gestión de Salud. Enfermería Obstétrica. Complejidad.

## INTRODUÇÃO

A enfermagem obstétrica é construída por contradições existentes no processo de trabalho do profissional enfermeiro e, por conseguinte, pelas contradições existentes nas relações, no meio ambiente e nos processos assistenciais e de gestão do cuidado obstétrico.

Nos últimos anos a atuação do enfermeiro têm tido importantes avanços em algumas realidades do país. As políticas públicas e as diretrizes do Ministério da Saúde e mais recentemente da Rede Cegonha têm demonstrado o interesse do governo em promover o parto com menos intervenção. Por outro lado, as dificuldades no processo de evolução são consideráveis, se partirmos dos trabalhos científicos que tem demonstrado as desordens no atendimento ao parto, vivenciadas em todo mundo.

Vimos, dessa forma, que as contradições são naturais e devem ser compreendidas numa perspectiva de crescimento organizacional. Em nossa pesquisa, as contradições podem favorecer o crescimento da enfermagem obstétrica e fornecem o embasamento para o enfrentamento das discussões e da prática do nascimento no Estado do Rio Grande do Norte.

A prática da enfermagem obstétrica tem se tornado destaque quando este profissional consegue atuar com autonomia. A legislação profissional, as diretrizes da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, as entidades vinculadas à enfermagem e a população reconhecem a importância desse trabalho. A formação do enfermeiro deve dar o suporte técnico, político e ético para proporcionar uma assistência de qualidade, humanizada, livre de riscos, integrada com os demais profissionais e com respeito à ética profissional. É importante visualizar na formação práticas pedagógicas ativas e inovadoras que mobilizem uma abordagem cultural, antropológica e tecnológica desenvolvendo o pensamento crítico-reflexivo (CAGNIN; MAMEDE; MAMEDE, 2014).

É o despertar para proporcionar nascimentos saudáveis e naturais a mulheres de baixo risco ou risco habitual. Dessa forma, permitir a incorporação de práticas baseadas em evidências científicas implica em processos de *desconstrução* para favorecer a *construção*. O enfermeiro é

o profissional que poderá proporcionar esses movimentos em prol de um nascimento mais natural e humanizado.

Assim, prazer/frustração, prática humanizada/prática tecnocrática, vinculação/separação, autonomia/dependência, articulação/desarticulação, continuidade/descontinuidade, possível/impossível, trabalho em equipe/trabalho individual, parto médico/parto enfermeiro, intervenção no parto/parto natural, caracterizam a atuação do enfermeiro obstetra.

Com avidez para compreender a prática do enfermeiro e participando da gestão de maternidade tendo o enfermeiro como agente na condução dos partos de baixo risco é que surgiu a questão de pesquisa: Como se dão as contradições e possibilidades na prática do enfermeiro obstetra no Estado do Rio Grande do Norte?

## **OBJETIVO**

Compreender as contradições e possibilidades vivenciadas pelo enfermeiro obstetra em sua prática no Estado do Rio Grande do Norte.

## **MÉTODO<sup>15</sup>**

Foi realizada a pesquisa com a abordagem qualitativa, por necessitar obter resultados não alcançados por procedimentos estatísticos ou por outros meios de quantificação (STRAUSS; CORBIN, 2008). Assim, foram utilizados os pressupostos da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), como suporte metodológico, e o Paradigma da Complexidade como suporte teórico, numa perspectiva de aspirar um pensamento multidimensional (MORIN, 2011 a).

O campo da pesquisa foram cinco maternidades do Rio Grande do Norte. Os critérios de inclusão caracterizam-se por: possuir a atuação do enfermeiro obstetra e ter histórico de humanização nos processos de parto. A coleta iniciou após aprovação no Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, de acordo com o Parecer nº 507.327. Assim, de acordo com os pressupostos da Teoria Fundamentada nos Dados foram organizados grupos amostrais que favoreceram a densidade conceitual em nível de suas propriedades e dimensões. O primeiro grupo compreendeu a formação de 16

---

<sup>15</sup> O estudo é produto da Tese “Configurando o modelo da prática do cuidado do enfermeiro obstetra à mulher no parto hospitalar: revelando contradições e possibilidades”.



enfermeiros que, no processo de coleta, concomitante com a análise, pressupôs a organização do segundo grupo amostral, composto por oito gestores de saúde e diretores de hospital, bem como o terceiro grupo composto por sete médicos obstetras.

A análise dos dados foi realizada após cada coleta, através da codificação aberta caracterizada pela microanálise, linha por linha, palavra por palavra. Os códigos foram surgindo, tantos quantos necessários para o surgimento da conceituação. Além da microanálise, a codificação axial objetivou relacionar a categoria às subcategorias em torno de um eixo central, ou eixo. A codificação seletiva proporcionou a definição das categorias mais gerais e promoveu a integração entre elas. As comparações permearam o processo de análise, já que, foi realizada a comparação de incidente por incidente, procurando similaridades e diferenças entre suas propriedades para classificá-los, além das comparações teóricas, a fim de revelar propriedades e dimensões em relação aos conceitos surgidos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Ainda numa perspectiva de análise dos dados, a TFD oferece a possibilidade dos memorandos e diagramas. Os memorandos são notas escritas que favoreceram o surgimento de questionamentos e das hipóteses e os diagramas favoreceram a visualização gráfica e a relação dos conceitos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O enfermeiro obstetra, em sua prática no cuidado ao parto, tem caracterizado uma assistência humanizada e centrada na parturiente e familiar. A desconstrução de processos assistenciais medicalocêntricos tem trazido importantes embates quanto aos aspectos que mobilizam a mudança de paradigma e trazem o repensar da prática, através do comportamento assistencial do enfermeiro pautado no exercício de cidadania das mulheres e familiares. Portanto, a *desconstrução* para propor a *construção* de uma nova forma de assistir o parto é a primeira e mais importante contradição e desafio existente no processo de trabalho desse profissional.

A categoria Revelando contradições e possibilidades na prática profissional do enfermeiro obstetra é constituída pelas subcategorias: desconstruindo o tecnicismo para construir a humanização na assistência ao parto, identificando e prevenindo riscos na assistência ao parto, e construindo significados na prática do enfermeiro obstetra.

Figura 7 - Revelando contradições e possibilidades na prática profissional do enfermeiro obstetra



Fonte: Elaborada pela pesquisadora principal

## SUBCATEGORIA 1 - DESCONSTRUINDO O TECNICISMO PARA CONSTRUIR A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

Podemos encontrar uma contradição expressiva no termo *humanização* do parto. É contraditório que qualquer profissional de saúde pudesse provocar a *desumanização* no processo do nascimento, já que o momento é permeado por fragilidade e insegurança vivenciadas pelas parturientes e familiares. Mesmo sendo momentaneamente irracional, para nós humanos, é a realidade que se faz presente na maioria das maternidades do Estado do Rio Grande do Norte e, por que não dizer, do Brasil.

Sendo a humanização na assistência obstétrica e neonatal um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que favorecem a promoção do parto e do nascimento, os profissionais de saúde devem favorecê-lo durante a assistência (BRASIL, 2014). O enfermeiro obstetra é o profissional que atua nessa perspectiva, acompanhando a mulher em todas as fases do parto.

Assim, surgem outras contradições no processo de trabalho do enfermeiro que constroem essa formação em saúde e possibilitam também a incorporação das melhores práticas na atenção obstétrica como uma possibilidade de ordenar o que está desordenado. São a ordem e desordem peculiares às organizações. No nosso estudo, o primeiro passo é o *favorecimento* do acolhimento prestado pelo enfermeiro, muitas vezes, realizado em ambientes extremamente *desfavoráveis*.

### **Acolhendo a parturiente e familiar no processo de parto**

E o trabalho da enfermeira obstetra na sala de parto, tanto acolhendo como acompanhando, é um grande alicerce para que o parto aconteça de forma mais tranquila para esta mulher... (E02).

[...] ao receber a parturiente, primeiro a gente faz o acolhimento, a gente acolhe esta mulher, acolhe a família, a gente explica todos os procedimentos que a gente vai realizar (E03).

Bom, o primeiro passo é o acolhimento, onde nós fazemos todos os esclarecimentos do trabalho de parto para a paciente, tanto para o acompanhante e familiar. Falo do trabalho de parto, incentivo à parturiente no trabalho de parto, isso já na admissão (E16).

Esses depoimentos apresentaram as estratégias assistenciais desenvolvidas pelo enfermeiro na perspectiva do acolhimento, tanto da parturiente, como do seu acompanhante, numa relação de interação e confiança, objetivando tornar o momento do trabalho de parto e parto tranquilo, além de ser gratificante para a mulher e acompanhantes. É o momento também de realizar todas as explicações necessárias sobre os procedimentos que serão realizados e sobre as principais dúvidas da mulher e acompanhante. Percebemos que no campo de pesquisa investigado é fundamental o acolhimento, que proporciona segurança necessária para que a relação do profissional com a cliente seja positiva, desde o início do internamento hospitalar, resultando num desfecho satisfatório no processo de parto.

Dessa maneira, a admissão da parturiente realizada com o acolhimento é o início de uma assistência qualificada e cidadã. De acordo com Brasil (2010) o acolhimento é uma das principais diretrizes da política nacional de humanização do SUS de relevância ética, estética e política e significa uma atitude de inclusão, ou seja, de *estar com* e ou

*estar perto de.* É imperativo favorecer no SUS o acolhimento não apenas da parturiente, mas do pai e familiares, a partir de suas necessidades específicas, com o objetivo de abandonar as visões tradicionais sobre a maternidade e a paternidade, bem como para a adoção de uma perspectiva ampla no campo da Saúde (BRASIL, 2014). O enfermeiro está preparado para realizá-lo:

[...] explicando como será o processo esperado para o trabalho de parto dela, os direitos que ela tem, os recursos que nós temos para tornar esse trabalho de parto mais tranquilo, mais natural e humanizado (E02).

[...] com a prática que eu vou fazer no processo de trabalho de parto, tudo vai ser discutido, explicado... Eu vou passando para ela e vou explicando e assim se torna bem simples... mais simples possível (E01).

A gente explica todos os procedimentos que a gente vai realizar (E03).

Então a gente não vai dizer que ela não vai sentir dor, mas esclarecer, tirar as dúvidas, estar aberta para as dúvidas (E15).

No referido contexto, são pactuados e explicados às parturientes e familiares os ritos no acompanhamento do trabalho de parto e parto, além dos direitos que as mulheres têm nesta fase. São oferecidos ainda os recursos existentes na instituição para tornar o momento satisfatório, natural e humanizado. Visualizamos que há uma preocupação quanto às pactuações, já que tudo é discutido com a mulher neste percurso assistencial.

E o enfermeiro, desde a academia ele trabalha e vem com eles a troca de saberes. A gente tira principalmente na obstetrícia o saber do indígena, o saber do afro - descendente, vê o saber teórico científico, os estudos, artigos científicos, vê cochraine, vê tudo. E disso você adquire um conhecimento que dê para você trabalhar aquele setor específico no momento do parto, com as várias culturas, com as várias mulheres que aparecem (E06).

[...] é observar a questão do contexto sociocultural da paciente, primeiro porque eu já lidei em ambientes indígenas, trabalhei no Amazonas,

trabalhei com indígenas, e tem mulheres que não aceitam que você intervenha no parto. Ela quer parir sozinha, então eu considero esse contexto (E14).

O enfermeiro em sua formação é capaz de respeitar a cultura e consegue interagir com a parturiente e acompanhante, desenvolvendo a troca de saberes. É fundamental esta característica demonstrada pelo profissional, pois o respeito à cultura traz uma preocupação em relação ao incentivo à autonomia da mulher e o despertar para a cidadania. O respeito às crenças, símbolos, mitos, valores, autonomia, proporciona um sentimento de liberdade e como consequência a deixa à vontade. Esta peculiaridade do cuidado realizado pelo enfermeiro obstetra também foi encontrado por Collaço (2013), em seu estudo com cuidados pós-parto, sinalizando que as boas práticas embasadas em construções culturais e cuidado holístico ampliam a visão de mundo e favorecem a segurança cultural. Dessa maneira, a cultura, a sabedoria, o saber, bem como os modos de fazer, de os conhecimentos devem ser valorizados (MORIN, 2010). É salutar compreender que as percepções dos indivíduos estão sob controle de variáveis fisiológicas, psicológicas, culturais e históricas (MORIN, 2011b).

No Japão, a cultura e crença das mulheres é um fator que traduz a vontade destas em participarem de um processo de nascimento fisiológico, apesar de também encontrarem algumas dificuldades na realização do cuidado. Como consequência das dificuldades, o governo, através da Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA), juntamente com outros órgãos, elaborou estratégias de melhoria, estendendo para outros países do mundo. Instituições de nascimento no Japão que priorizaram a missão de instaurar o parto humanizado tiveram sucesso na melhoria do cuidado obstétrico (BERHUZI et al, 2010).

### **Vinculando- se a parturiente e a deixando à vontade**

[...] me vincular a ela... (E01).

Então, eu tento para tanto com a mulher, quanto com a família deixar bem à vontade... (E02).

[...] eu acho que você tem que ter uma certa proximidade com a paciente até para passar confiança para ela. Saber o nome dela, onde ela mora, se tem filho, se não tem... se é casada. E às vezes a gente vê um distanciamento muito grande entre a paciente, e o profissional (E08).

Quando a gente tem realmente conhecimento, o fato da gente ter essa proximidade maior com a paciente, a gente conduz muitas vezes de forma mais adequada o parto através do vínculo que a gente cria com a paciente. Essa confiança que é gerada é muito boa (E11).

Construir vínculos com a parturiente é condição *sine qua non* para a assistência de qualidade. O cliente deverá conhecer o profissional que irá acompanhar a evolução do parto. O enfermeiro deverá estar próximo à parturiente. Esta estratégia assistencial gera confiança e a relação flui, com o mínimo de dificuldades. O enfermeiro obstetra possui a característica de estar junto da parturiente, construindo o plano de assistência e gerando segurança.

Porfírio, Progianti e Souza (2010) discorrem que a escuta ativa e uma relação atenciosa com respeito à subjetividade da mulher, além do incentivo à autonomia e o empoderamento da mulher favorecem o vínculo parturiente/enfermeiro.

A segurança construída na relação também foi um marcador importante na realidade estudada.

### **Construindo confiança e segurança**

[...] chamando ela pelo nome, sempre como se fosse uma amiga, tentando fazer o possível para que ela tenha confiança no meu trabalho (E02).

E passar para ela segurança, passar que ao lado dela tem um profissional capacitado que está, além de tecnicamente, também humanamente pronto para ajudá-la (E03).

A gente tem que dar toda a assistência e segurança à parturiente, então toda a minha experiência que eu tenho de realizar partos com gestantes é a coisa mais simples. Então é assim, e dar todo o apoio, a acomodação, e dar toda a assistência necessária, tranquilizando (E12).

Constatamos que esses vínculos com a parturiente é o início de uma assistência humanizada durante o processo de parto, sendo então fundamental no trabalho do enfermeiro obstetra. Esta construção se dá através do conhecimento, tanto do profissional, como da cliente. Chamá-la pelo nome e identificar-se são condições básicas para o desenvolvimento de vínculos. Outros aspectos importantes na relação

são a demonstração de segurança técnica que o profissional deve ter, além do favorecimento da humanização assistencial, que é ponto essencial para a vinculação e confiança no profissional de saúde. A construção de *vínculos* no campo de pesquisa é uma realidade presente na assistência prestada pelo enfermeiro, sendo este profissional agente de mudança, já que as estruturas organizacionais apresentam ainda uma cultura *separatista* na relação profissional/clientes.

Estes vínculos e interações fazem parte de uma sociedade, gerando um todo organizador, capaz de retroagir sobre os indivíduos, produzindo indivíduos humanos, através da comunicação, cultura e instrução (MORIN, 2010).

### **Acompanhando a mulher no processo de parto**

[...] a enfermeira que está incorporando o serviço de doular, aquela assistência... (E11).

A enfermeira obstetra também assume o papel de acompanhante, quando a mulher não tem uma pessoa de sua confiança que a acompanhe no trabalho de parto e parto. Então a enfermeira passa a prestar o cuidado técnico, mas, ao mesmo tempo, proporciona o ato de doular, ou seja, faz a função de uma doula.

“Doula” é uma palavra de origem grega que significa "mulher que serve a outra mulher". Na assistência obstétrica, são mulheres que dão suporte às mulheres durante e após o parto, sem a preocupação com sua formação ou nível de treinamento (BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

A presença ativa de enfermeiros obstetras, obstetrizes, doulas, educadores perinatais, psicólogos e outros profissionais na equipe assistencial deve ser favorecida, com o objetivo de responder às necessidades da mulher e familiar, promovendo uma assistência integral (BRASIL, 2014).

### **Inserindo e empoderando o acompanhante para desenvolver os cuidados no parto**

Eu tento sempre inserir ele (acompanhante) para empoderá-lo nos cuidados à mulher, durante o trabalho de parto... O pai, ele conseguiu implementar técnicas de humanização, de mensagens, de doular a esposa dele, a companheira.....Que o acompanhante consiga de forma tranquila se empoderar dos cuidados com

essa mulher, que esteja aberto para aprender com a equipe de enfermagem (E01).

Com a paciente, com o acompanhante da paciente, que a gente acha que é muito importante, independente de ser o pai, o marido, de ser... A acompanhante que ela escolher. E a gente ensina as manobras para o alívio da dor para que o acompanhante dela faça, porque eu acho que a função do acompanhante muitas vezes... Eu costumo dizer muito: a função do acompanhante é ajudar (E08).

O enfermeiro obstetra, em seu processo de trabalho, insere o acompanhante da parturiente nas fases do pré-parto, parto e puerpério e também promove o empoderamento deste acompanhante, no sentido de desenvolver o cuidado orientado à parturiente. Desta forma, ele, sob a orientação do enfermeiro obstetra, consegue estar junto, doular e promover técnicas eficazes de humanização, como massagens de alívio. É importante esta iniciativa pelo fato de o acompanhante já ser uma pessoa de confiança da mulher, facilitando e apoiando a parturiente no processo de parto.

### **Prestando assistência humanizada**

Então o esperar como obstetrícia é *obstare*, é estar ao lado, aquele olhar atento, atento ao gemido, atento à forma como anda, atenta à náusea, atenta à sensação de vômito... Você já consegue muitas vezes com esses sinais avaliar o período do parto que a mulher está, muitas vezes sem você ser invasivo, sem você obrigatoriamente deitar ela, tocar, e coisas que elas não gostam muito.....Realizar ausculta, a verificação das T.As, o partograma, a gente está atenta a tudo isso, mas é de uma forma tão sutil que ela nem percebe que tem esses instrumentos no meio, não fica mecânico. Então eu acho que esse é o segredo do enfermeiro obstetra. Ele faz diferença nesse sentido (E06).

A minha prática é sumariamente humanizada. Porque, como você sabe, eu iniciei a minha prática de enfermeira obstetra desde 1978 e a partir daí eu já comecei trabalhando na humanização, sem ninguém nunca ter falado. Era aquela coisa que eu gostava de ver a mulher. E já



tinha tudo: a mulher que tinha que ficar na cama, a mulher que tinha que ficar de lado, a mulher que não podia tomar água. E eu não, eu procurava sempre interagir com ela. Eu ficava na Maternidade Escola, então eu tirava ela da cama, levava ela para o chuveiro, falava com os médicos que elas desmaiavam com fome. Então eu falava, e a partir daí eles começaram a sentir, a notar que aqueles desmaios eram exatamente fome que aquelas mulheres sentiam, então foi a partir daí que eles começaram a introduzir uma alimentação líquida, certo?(E07).

### **Proporcionando técnicas recomendadas pelo Ministério da Saúde**

[...] inclui o banho quente, inclui a bola do nascimento, que é uma bola que ajuda ao parto a ser mais rápido e menos doloroso, temas técnicas de massagens e precisa muito do apoio da família, que a família ajude[...] e eu sempre tenho o cuidado de perguntar sobre a posição que ela quer parir, se ela quer parir deitada, ou se ela quer parir de cócoras, ou de alguma outra forma. Se ela deseja o banho, ou a massagem, porque tem umas que são assim. Umam aceitam o cavalinho, outras não, uma quer a bola, outra prefere o banho. Então, é sempre respeitada a questão do desejo das parturientes (E04).

Eu já fazia massagens, eu já conversava, eu ensinava a ela como que respirava e era assim que eu trabalha, desde 1978, e fui, cada vez, aprimorando as minhas práticas (E07).

[...] e trazer para o enfermeiro também todo esse poder de realmente poder atuar enquanto profissional de saúde nesse método não farmacológico, como a questão de bola, do banho morno, do banho quente, das banquetas, até a própria respiração em si, e eu acho que a própria conversa, o próprio esclarecimento fazem com que essas mulheres fiquem mais tranquilas e tenham com mais naturalidade esse momento do parto (E15).

## Promovendo o processo de parto com naturalidade

[...] os recursos que nós temos para tornar esse trabalho de parto mais tranquilo, mais natural e humanizado... passar que ao lado dela tem um profissional capacitado que está, além de tecnicamente, também humanamente pronto para ajudá-la (E01).

Da mesma forma que eles não têm esse olhar de partejar, esse olhar de conversar, de tocar, a gente já tem... (E08).

A gente procura incentivá-las à deambulação, a fazer práticas não farmacológicas de alívio da dor, evitar o uso de ocitocina, o excesso de toque, o manejo mesmo na hora do parto. Tenta fazer o parto da forma mais natural possível, sem o toque, na hora do parto mesmo, sem medicações, deixá-la agir bem naturalmente, sem episiotomia. É preferível que ela escolha a posição que ela quer parir até à hora do desprendimento, a gente procura deixar a mulher bem autônoma (E09).

[...] com a minha experiência a gente vê que até o uso da episio em muitos e muitos dos casos são desnecessários. A gente procura fazer, assistir a mulher de forma sempre sem muitas intervenções, e quem comanda o parto é ela, é a paciente, não é o profissional (E10).

O trabalho que o enfermeiro obstetra desenvolve é caracterizado pelo incentivo às *técnicas não farmacológicas* de alívio à dor, preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS). Neste cenário de atuação do enfermeiro obstetra algumas recomendações são importantes, como: o estímulo a massagens de relaxamento, o uso do cavalinho e da bola de Bobath, o incentivo ao banho morno, à deambulação, o incentivo ao acompanhante e principalmente o incentivo à autonomia da mulher durante todo o processo de parto. Nesse sentido, a escolha da posição do parto também é um diferencial no cuidado obstétrico. Então, este profissional, ao estar ao lado, poderá acompanhar de forma tranquila e sutil, sem necessariamente utilizar *técnicas intervencionistas*, proporcionando um parto seguro e prazeroso. O estudo de Silva, Costa e Pereira (2011) revela que ele dessa forma, realiza a prática humanizada no parto,

pautadas em evidências científicas e realiza principalmente exercícios respiratórios, movimentos pélvicos e banho morno.

Essas iniciativas e o favorecimento de técnicas não farmacológicas de alívio da dor realizados pelo enfermeiro obstetra estão sendo estudados e com resultados favoráveis. Estudo de ensaio clínico do tipo de intervenção terapêutica mostrou que exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagens lombossacrais associadas e isoladas nos 6, 8 e 9 cm de dilatação do colo do útero são eficazes na redução da dor na evolução do trabalho de parto, bem como a estratégia do banho de chuveiro (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2009). A hidroterapia é considerada alternativa de alívio à dor que pode proporcionar posições verticais e movimentos que facilitam a evolução do trabalho de parto e evitam intervenções desnecessárias (STARK; RUDELL; HAUS, 2008). Quanto ao uso da bola suíça no trabalho de parto, estudo de natureza quantitativa constatou que as casas de partos normais utilizam em 100% esta estratégia e que parece ser eficaz no auxílio da descida do feto, auxilia o relaxamento e auxilia a dor, porém é necessária, ainda, a realização de ensaios clínicos (SILVA et al., 2011). Estudo realizado em sala de relaxamento mostrou também o benefício do banho morno, deambulação e massagem na fase de trabalho de parto, com bons resultados neonatais e de desfecho obstétrico, pois as parturientes que foram conduzidas às cesáreas estavam nos índices de normalidade preconizados pela OMS (PEREIRA et al., 2012).

Quanto às posições vertical e horizontal durante o parto, em um estudo qualitativo, puérperas reconheceram que a primeira favorece a participação ativa da mulher, é mais cômoda e facilita a expulsão fetal, diferentemente da posição horizontal, que dificulta estes aspectos. Estudos clínicos confirmam estes dados (GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2009). Partos realizados por enfermeiras tiveram menos de 30% do total com a realização de episiotomia, dado aceitável pela OMS, com ausência de lacerações perineais que precisassem de sutura em partos realizados com a posição vertical sem a realização de episiotomia (FIGUEIREDO et al., 2011). Alimentação e ingesta de líquido durante o trabalho de parto são importantes na percepção de puérperas e estas reconheceram alternativas de alimentos como importantes para fornecer glicose. Quanto à deambulação, referiram benefícios durante o trabalho de parto (WEI; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011). A abordagem carinhosa na perspectiva do acolhimento, a movimentação corporal, favorecendo o protagonismo, e o favorecimento da presença do acompanhante, proporcionando segurança e tranquilidade no processo de parto, são notadamente reconhecidos pelas mulheres como cuidados

benéficos prestados pelas enfermeiras obstétricas, sentindo-se autônomas para a realização de suas escolhas (NASCIMENTO et al., 2010).

Outras realidades no mundo também têm avançado na assistência ao parto natural. Há várias experiências exitosas no mundo e no Brasil e uma excelente perspectiva de mudança, porém a cultura organizacional tem que ser repensada. Na Espanha foi implementada estratégia humanizada para assistir o parto com baixa intervenção e os profissionais estão, em sua maioria, motivados e satisfeitos (GALINO-MARTINEZ, 2011). A maioria das mulheres em uma realidade brasileira apresenta preferência pelo parto vaginal por acreditarem que a recuperação é mais rápida. As que optam pela cesárea, isso é justificado pela ausência de dor e pela esterilização tubária (KASAI et al., 2010).

Então, na construção de novos modelos, as alternativas não farmacológicas na assistência ao nascimento estão sendo estudadas no sentido de fortalecer a atuação dos profissionais imbuídos em proporcionar um nascimento humanizado e prazeroso. A atuação do enfermeiro obstetra é ampla. O cuidado de enfermagem obstétrica consiste numa inovação tecnológica (TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008). As enfermeiras obstetras devem estimular práticas baseadas em evidências para promoção de um parto fisiológico: evitar indução medicamentosa desnecessária, permitir liberdade de movimentos, proporcionar suporte contínuo durante o trabalho de parto, evitar intervenções e restrições desnecessárias, incentivar a liberdade de posições e autonomia, bem como contato precoce mãe-bebê (ROMANO; LOTHIAN, 2008).

### **Reconhecendo a autonomia como elemento importante**

Eu [...] faço partograma, partejo, acompanho, faço parto, sou da docência também, tanto da residência multi, como da residência médica, eu fico com os doutorandos de medicina, acompanho... Então, aqui na maternidade, realmente eu atuo plenamente, tenho autonomia, não tenho problema nenhum com a equipe (E04).

### **Construindo o empoderamento na assistência ao parto**

[...] e trazer para o enfermeiro também todo esse poder de realmente poder atuar enquanto profissional de saúde nesse método não

farmacológico, como a questão de bola, do banho morno, do banho quente, das banquetas (E15).

### **Passando segurança técnica na assistência ao parto**

É aí onde é importante trabalhar com um trabalho em equipe com o médico informando que a paciente está evoluindo bem no parto, e também mostrar segurança ao médico, que a gente está realizando o parto, porque, se a gente não tem segurança, então vai ser o momento que ele vai intervir no parto e vai destruir todo o trabalho que a gente faz num parto de baixo risco. (E16).

Desde que a gente chegou, a gente já tinha enfermeiros obstetras que já atuavam bem antes de eu começar a trabalhar aqui, e a gente sempre teve segurança em trabalhar com eles (M03).

O enfermeiro obstetra, durante o cuidado à mulher no parto, em sua formação, possui autonomia para atuar, acompanhando a cliente em todos os períodos do processo de parto: pré-parto, parto e puerpério. Assim, o ato de acompanhar e partejar diferencia o trabalho deste profissional dos demais. Neste cenário do acompanhamento, são utilizadas estratégias técnicas e científicas que possam dar segurança ao profissional, como, por exemplo, a utilização do partograma, que sinaliza o tempo do trabalho de parto, bem como as possíveis intercorrências obstétricas. Estas estratégias estão recomendadas nos manuais e protocolos do Ministério da Saúde. A autonomia do enfermeiro no acompanhamento do parto tem causado um impacto importante na formação de novos profissionais, pois o enfermeiro tem acompanhado alunos de graduação e pós-graduação, não apenas de enfermagem, mas também de medicina, em algumas realidades em que, de fato, o enfermeiro desenvolve esta autonomia. O estudo de Gomes, Moura e Souza (2010) traz a necessidade da superação dos limites para enfrentar novos modelos, na perspectiva do enfermeiro desenvolver autonomia para a concretização de práticas emancipatórias. É preciso, então, ressignificar a prática.

Os contextos da prática, bem como a gestão dos serviços de saúde e do cuidado são significativos para a construção da autonomia. Apesar das interferências positivas ou negativas desses componentes, percebemos que a capacidade técnica e política do enfermeiro obstetra é fundamental para a construção da autonomia. Assim, constatamos que o

enfermeiro obstetra é capaz de modificar as realidades de intervenção, mobilizando profissionais na adesão ao favorecimento de posturas humanizadoras no parto.

### **Desenvolvendo a assistência integral**

Então eu acho que o enfermeiro é muito mais voltado em si para a assistência como um todo, não só de parir, de fazer o parto em si, de colocar o parto em si, mas o preparo da paciente, eu acho que o enfermeiro é muito mais atencioso com essa parte. Eu acho que a gente não deixa em nada a desejar (E11).

Estar mobilizando estratégias e construindo um cuidado humanizado e integral tem sido o objetivo do incentivo à presença dos enfermeiros na assistência ao parto. A *desconstrução* de partos *medicalizados e intervencionistas* não é fácil. Almejar a *construção* de *partos naturais, sem intervenção* é uma das principais contradições a ser considerada e superada na assistência obstétrica do país. O enfermeiro é capaz de mudar a realidade apresentada, diante da postura profissional, principalmente no que diz respeito à sua autonomia para a mudança da conduta obstétrica.

Nessa perspectiva, o enfermeiro é apto para estar com a parturiente e familiar construindo vínculos, deve respeitar os anseios e cultura da mulher e seu protagonismo, além de oferecer as técnicas não farmacológicas de alívio da dor. No Estado do Rio Grande do Norte, quando o enfermeiro tem espaço de atuação, ele desenvolve a assistência ao parto como preconiza a Organização Mundial de Saúde.

Esse profissional, então, é qualificado e comprometido com a realização do parto de baixo risco, com segurança, dignidade, autonomia e respeito à cidadania no processo assistencial (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

Porém, estar vigilante é imperativo nesse contexto, pois a hegemonia médica reconstrói os processos de medicalização e fragmentação, se os espaços forem favoráveis à medicalização do nascimento.

Desconstruindo o tecnicismo para construir a humanização no processo do nascimento tem sido a principal luta da enfermagem obstétrica no Brasil. E, na realidade pesquisada, o enfermeiro obstetra com autonomia consegue prestar assistência humanizada ao parto de risco habitual e promove as interações e relações com os demais

profissionais de saúde. Devemos compreender nesse processo os termos dialógicos apresentados no fenômeno, pois apesar de, aparentemente, um suprimir o outro, eles colaboram e produzem organização e complexidade (MORIN, 2011 a).

## SUBCATEGORIA 2 - IDENTIFICANDO RISCOS E PREVENINDO INTERCORRÊNCIAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

### **Desenvolvendo a assistência de forma crítica e atenta as intercorrências**

Então, o enfermeiro obstetra, ele consegue olhar essa paciente de forma crítica e consegue observar os riscos que ela está correndo. (E01).

[...] a gente anota no partograma para que ela possa ter esse registro gráfico no parto e isso pode nos dar segurança, segurança muito grande na condução desse parto, porque o partograma é o retrato do que está acontecendo com aquela mulher (E03).

[...] Aquele olhar atento, atento ao gemido, atento à forma como anda, atenta à náusea, atenta à sensação de vômito...Você já consegue muitas vezes com esses sinais avaliar o período do parto que a mulher está, muitas vezes sem você ser invasivo, sem você obrigatoriamente deitar ela, tocar, e coisas que elas não gostam muito....Realizar ausculta, a verificação das T.A.s, o partograma, a gente está atenta a tudo isso, mas é de uma forma tão sutil que ela nem percebe que tem esses instrumentos no meio, não fica mecânico (E06).

No processo de trabalho do enfermeiro obstetra ele deverá desenvolvê-lo de forma crítica e cuidadosa, observando a possibilidade de riscos eminentes e intercorrências. Este acompanhamento deverá ser realizado através de estratégias assistenciais como o acompanhamento do partograma, verificação constante dos sinais vitais, bem como a atenção especial aos sinais e sintomas. É ressaltada a importância de um olhar atento e seguro do enfermeiro, que proporcione tranquilidade à mulher no processo de parto. Então, este profissional, ao estar ao lado, poderá acompanhar de forma tranqüila e sutil, sem necessariamente

utilizar *técnicas intervencionistas*, proporcionando um parto seguro e prazeroso.

Dessa maneira, o enfermeiro obstetra deve ser capaz de identificar as distocias e realizar os encaminhamentos para o médico poder conduzir as intervenções necessárias (BRASIL, 1998). O acompanhamento realizado pelo enfermeiro obstetra é caracterizado por não estar presente o mecanicismo rotineiro, intervencionista, que geralmente permeia a assistência obstétrica. Seu processo de trabalho é caracterizado por respeitar o tempo e a fisiologia do parto. No referido contexto da prática, todos os procedimentos são discutidos e explicados à parturiente e seus familiares.

A capacidade técnica é fundamental para a segurança nos procedimentos e a confiança dos profissionais médicos e das clientes. A atenção, a percepção, a condução correta do enfermeiro obstetra no processo de parto e a capacidade de identificar situações de perigo são condições indispensáveis na atuação do profissional. A ausência de competência ou dificuldades nesses processos assistenciais proporcionarão a situação de dependência que os enfermeiros têm vivenciado ao longo dos anos.

### **Conduzindo a equipe para as boas práticas**

Então você conduz uma equipe que geralmente a gente tem que sensibilizá-la para esse olhar mais leve de assistência à mulher [...] eles rapidamente se sensibilizam em nível de postura, no acolher dessa mulher, no escutar, no manejo com ela, na promoção do conforto, num olhar diferenciado, individualizado de assistência à mulher. Então, como enfermeira eu procuro fazer isso, tanto com a minha equipe e com a equipe médica também (E06).

Os métodos não farmacológicos de alívio para a dor, que a gente geralmente é quem trabalha, agora a gente está inserindo o doutorando de medicina, mas a maior parte são os enfermeiros obstetras, e o pessoal que vem para estágio em enfermagem aqui, que não tem pós-graduação, mas a graduação faz estágio aqui (E04).

Eu ensinava os estudantes de medicina, eu entrava devagarinho com eles. Até os residentes eu ensinava [...] quantas vezes eu ensinei os estudantes de medicina a fazer um parto normal, e



assim os doutorandos de medicina, eu comecei a introduzir o parto sem episiotomia...(E07).

Às vezes, quando tem um acadêmico, que diz: “Eu nunca fiz parto!”, eu fico lá com ele, passando para ele as experiências que a gente tem (E05).

O enfermeiro obstetra no seu processo de trabalho consegue conduzir a equipe de saúde para as boas práticas, além de sensibilizá-la para um olhar mais humanizado com o acolhimento, a escuta, o manejo no trabalho de parto, o favorecimento do conforto, uma assistência individualizada e diferenciada. Percebemos que o enfermeiro tem a capacidade de articular, de integrar, de acompanhar e de gerenciar uma prática voltada para o usuário, como preconiza o Ministério da Saúde.

Vargens, Progianti e Silveira (2008) discorrem que a enfermeira obstetra possui um saber - fazer com condições de favorecer o parto fisiológico, considerando o protagonismo da mulher, sendo um agente potencial de mudança.

### SUBCATEGORIA 3 - CONSTRUINDO SIGNIFICADOS NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA.

#### **Implicando doação**

Eu acredito que o de doação ao outro. É o principal, o maior (E01).

Então o significado é o de estar contribuindo, de estar se dando, não se dar de voluntário, de caridade não, mas se dando para o serviço bem feito (E06).

#### **Proporcionando ajuda**

Acho que é um significado de ajuda mesmo, que eu estou ajudando outro ser humano (E02).

#### **Construindo relação afetiva**

É quase como se fosse amor mesmo pela pessoa, amizade...é um sentimento mesmo de amizade, de amor, sentimento de alegria por estar ajudando outra pessoa que podia, tanto pode ser esta pessoa como qualquer outra pessoa (E02).

Eu acho que, quando você realiza uma coisa com amor, ela é totalmente diferente... (E03).

### **Sentindo Satisfação na relação enfermeiro/paciente**

[...] eu sempre fui apaixonada... Então, quando a gente termina tudo, que na verdade a gente termina aquele momento, é muito gratificante de você poder ver (E04).

Eu gosto muito. De dar assistência ao [...] Muitas vezes nos surpreendem, mas realmente é um momento muito especial o nascimento de uma criança, um nascimento de um novo ser, de uma nova vida, e é muito importante você acompanhar naquele momento. Vivendo aquela emoção, tanto com a paciente, como vivendo a emoção de estar ali, ajudando aquela nova vida que está chegando ao mundo (E05).

a minha dedicação e envolvimento e realização é com a obstetrícia, me envolvo, gosto e é gratificante, é bom ver o final, e ver o nascimento, seja como for é muito gratificante. Então a obstetrícia, para mim, eu me identifico mais, e assim para mim me completa (E12).

[...] muito amor, prazer e dedicação. Quantas vezes eu chorei... eu estou chorando agora, mas... você não sabe quantas vezes... Eu sempre trabalhei com muito amor e meu sentimento era de amor, dedicação, era um trabalho prazeroso, eu não trabalhava porque era professora para ganhar dinheiro não. Eu estava trabalhando porque eu tinha um sentimento muito grande com aquelas mulheres, eu tinha assim, aquelas mulheres eram pessoas [...] (E07).

### **Sentindo Satisfação Institucional**

Então isto é muito gratificante porque a gente tem o reconhecimento institucional e ao mesmo tempo a gente tem o reconhecimento do paciente, porque, quando a gente começa a estabelecer... (E03).

### **Desenvolvendo Responsabilidades e Compromisso**

A gente tem sentimentos de satisfação, de alegria, de responsabilidade, no cumprimento das responsabilidades, de compromisso que a gente tem com essas mulheres e com o serviço (E03).

### **Desenvolvendo domínio na atuação**

[...] eu acredito assim, que o domínio naquele momento do parto, eu fico tranquilo e realizo com sucesso, sem nenhum problema (E13).

### **Identificando Reconhecimento e Valorização**

Ao mesmo tempo em que eu senti medo, eu me senti valorizada: a professora está confiando em mim, no meu conhecimento de entregar a sua filha. Uma cesárea anterior, para um parto não convencional, um parto de cócoras, bem natural, e foi muito lindo! Então você é significante (E06).

Agora este reconhecimento do paciente a gente consegue em todos os ambientes que a gente tiver a oportunidade de realizar esse cuidado, porque, durante toda essa minha vivência de 17 anos em sala de parto, a gente percebe a diferença do cuidado realizado pelo enfermeiro. Eu acho que, quando você realiza uma coisa com amor, ela é totalmente diferente (E03).

É quase como se fosse amor mesmo pela pessoa, amizade... é um sentimento mesmo de amizade, de amor, sentimento de alegria por estar ajudando outra pessoa que podia, tanto pode ser esta pessoa como qualquer outra pessoa (E02).

[...] que vem sendo desenvolvido dessas práticas aqui no HUAB, pelo conhecimento que temos, tem sido uma referência bastante relevante dentro dessa assistência pelo enfermeiro obstetra (G05).

[...] ainda está muito novo essa história aqui no Brasil e na nossa realidade do enfermeiro obstetra fazer parto. Nós, do Ana Bezerra, a gente já tem uma vivência de muito tempo e o pessoal faz parto muito bem... (M03).

## **Percebendo o sentimento de realização na forma de conduzir o parto e no desfecho final**

[...] mas a satisfação de fazer um parto bem-sucedido, isso é de uma coisa ímpar. Todos nós ficamos muito satisfeitos quando o parto sai a contento, sai sem nenhum malefício ou sem nenhum, sem prejudicar nem a criança, nem a mãe. O resultado de um parto bem feito e quando você entrega a criança para um pediatra e o APGAR 09/10, 10/10. 9/9. E com a dequitação você não tem sangramentos aumentados, você não tem laceração, você não tem outras intercorrências... e isso é o que faz do profissional ficar satisfeito com aquele ato que ele praticou.(E10).

Eu fico muito realizada quando dá tudo certo, quando a mulher consegue parir, quando eu consigo acompanhar... . Então eu fico realizada. É um sentimento que eu posso descrever (E09).

[...] a minha dedicação e envolvimento e realização é com a obstetrícia, me envolvo, gosto e é gratificante, é bom ver o final, e ver o nascimento, seja como for é muito gratificante. Então a obstetrícia para mim eu me identifico mais e assim para mim me completa. (E12).

De realização primeiramente, porque nós sabemos que quando nós fazemos um parto é muito diferente a assistência que a gente faz (G04).

## **Tendo esperança e acreditando em mudança**

Então, eu construo e estou construindo ainda, construindo um pensamento de que é possível mudar o que a gente tem hoje, aquele modelo antigo (E11).

Depois eu tenho esperança, tenho um sentimento de esperança de que a gente vai conseguir chegar a um nível de obstetrícia de primeiro mundo, eu acredito (E14).

## **Tendo frustração, insatisfação, impotência, angústia, na atuação**

[...] a princípio sinto frustração, porque a gente fica só com as sobras, a gente não está só para... como é que se diz, o que nos compete é apenas ajudar, colaborar com a equipe. A gente não atua como enfermeira obstetra. O que a gente faz qualquer profissional de enfermagem pode fazer, entendeu. Então eu me sinto de uma certa forma frustrada, porque eu poderia atuar melhor e a nossa participação é apenas colaborando com a equipe, mas que a nossa atuação, qualquer enfermeiro, qualquer enfermeiro podia fazer. Então, de uma certa forma a gente é um pouco frustrada porque investiu e o que a gente aprendeu não pode atuar e não pode realizar na nossa prática (G07).

Então, assim, são sentimentos muitas vezes também de angústia, porque nós temos as nossas limitações da profissão, então isso gera um sentimento de angústia porque muitas vezes a gente vê que a conduta poderia ter sido diferente, mas chega um momento que a gente não pode mais interferir e aí gera aquela insatisfação, aquela angústia de não poder fazer mais porque a profissão nos limita em determinados aspectos (E03).

Na realidade, não existe prática obstétrica na maternidade Santa Catarina, porque há mais ou menos uns cinco anos a gente não atua mais como enfermeira obstétrica na assistência ao parto, porque na realidade, após o advento da AIH ser passada para o profissional médico que faz parto, então a enfermagem obstétrica ficou sem fazer a assistência direta. Ela na realidade faz a parte de administrativo e dos cuidados gerais [...] a gente, assim, não completa a solução de continuidade, porque a gente parteja, faz todas as condições, mas na hora do parto a gente não assume porque o obstetra tem que assumir, senão é glosada a AIH e ele não recebe, não é recebido por esse parto. (G04).

[...] é que tem alguns obstetras que não acreditam no trabalho do enfermeiro e que acham que o

enfermeiro não tem condições de fazer um parto normal, sozinho, um parto natural (E13) .  
[...] mas muita gente está se formando em enfermeira obstetra não tem a prática (E08).

No Estado do Rio Grande do Norte são construídos significados e sentimentos positivos na atuação do enfermeiro obstetra, caracterizados por doação, satisfação, realização profissional, domínio profissional e amor ao próximo. O enfermeiro obstetra, quando possui liberdade de atuação, ele percebe a importância do seu trabalho em relação ao bem-estar do outro. A possibilidade de mudar a prática medicalocêntrica e as diretrizes do Ministério da Saúde quanto ao incentivo ao trabalho do enfermeiro traduz sua satisfação na atuação. Caus et al. (2012) afirmam que a enfermeira obstetra no processo do cuidar expõe sentimentos de emotividade, gentileza, sensibilidade, delicadeza, além da solidariedade, e tem mais tempo para com a parturiente. Ela proporciona ainda alento, amparo, segurança e dignidade na assistência.

Monticelli, et al. (2008) retratam que egressas do curso de especialização sentem-se satisfeitas com a atuação da enfermagem obstétrica, apesar de vivenciar as dificuldades como, por exemplo, a falta de autonomia, que pode ser superada.

A resolução positiva do parto traduz a responsabilidade técnica do enfermeiro, bem como a satisfação em conseguir desempenhar sua atuação com bons resultados. São destacados também aspectos importantes para a profissão, como o compromisso e o cumprimento das responsabilidades que são atribuídas ao enfermeiro. Este profissional em sua atuação vivencia momentos de amizade, pois a relação no processo de parto, no partear, muitas vezes, é intensa e desencadeia sentimentos variados. Os referidos destaques se dão quando o enfermeiro consegue se inserir na maternidade como o profissional de saúde que realiza o acompanhamento, bem como os procedimentos obstétricos.

Por outro lado, vivenciando a *contradição*, existem também significados negativos na atuação, quando o profissional não consegue realizar o parto, por não ter autonomia, por falta de segurança, ou quando há o descrédito de sua atuação, e/ou quando os gestores não priorizam o cuidado prestado pelo enfermeiro. Como consequência, este desenvolve um sentimento de frustração. Barbosa, Carvalho e Oliveira (2008) apontam que o enfermeiro apresenta sentimento de frustração quando não consegue atuar como enfermeiro obstetra. Estão presentes também em seu estudo a falta de autonomia e a falta de reconhecimento

do trabalho do enfermeiro pelos médicos, além do despreparo técnico que alguns enfermeiros apresentam. A discriminação velada restringe o exercício da profissão (MONTICELLI, et al., 2008). Quando as enfermeiras não conseguem instituir a desmedicalização na assistência ao parto e apresentam-se sujeitas a atuar na prática intervencionista, sentem-se incomodadas e agredidas (VARGENS; PROGIANTI; SILVEIRA, 2008).

As alternativas de mudança requerem mobilização dos enfermeiros obstetras, dos órgãos formadores, das entidades de classe e dos gestores de saúde, gestores de hospitais/maternidade, gestores do cuidado. A mudança de paradigma obstétrico dependerá de ações e atitudes multidimensionais, que sejam capazes de provocar o fortalecimento do cuidado do enfermeiro no parto e conseqüentemente a realização de partos mais naturais.

Estas contradições existentes na prática do enfermeiro, como a satisfação/ insatisfação, contentamento/descontentamento, autonomia/dependência, realização/frustração, expressam o trabalho do profissional no Estado do Rio Grande do Norte.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Revelando contradições e possibilidades na prática profissional do enfermeiro obstetra demonstra o fenômeno estudado no nosso campo de pesquisa, no que se refere à caracterização da prática do enfermeiro obstetra no cuidado ao parto. Dessa maneira, as subcategorias: desconstruindo o tecnicismo para construir a humanização na assistência ao parto, identificando e prevenindo riscos, construindo significados na assistência ao parto traduzem a atuação do enfermeiro obstetra.

Esse profissional caracteriza-se como fundamental na assistência ao parto e ele em sua formação deverá estar preparado para atuar na assistência integral à mulher no parto de risco habitual, humanizando a assistência ao parto, respeitando a cultura das parturientes, promovendo diversas interações e relações, incentivando as boas práticas no processo de parto, favorecendo a presença do acompanhante, evitando e identificando as intercorrências. Os cenários de prática possuem características diferentes no que se refere à liberdade de autonomia de atuação do enfermeiro obstetra. Barbosa, Carvalho e Oliveira (2008) apontam que a liderança do enfermeiro em sua atuação é importante e é capaz de modificar conceitos e favorecer a possibilidade de melhoria na obstetrícia.

Nessa perspectiva, a humanização do parto torna-se viável e as relações e integrações em saúde são movimentadas, numa perspectiva positiva de crescimento institucional e profissional. O Ministério da Saúde, a partir de estudos que fundamentam a atuação positiva do enfermeiro obstetra, é capaz de desenvolver estratégias de consolidação dessa prática, caracterizada como humanizada, resolutiva, complexa e relacional.

Sendo assim, a necessidade de formação do enfermeiro obstetra retrata a necessidade premente do Ministério da Saúde no intuito de modificar modelos (BARBOSA; CARVALHO; OLIVEIRA, 2008).

Por outro lado, a enfermagem obstétrica possui limitações importantes como profissão que devem ser consideradas para que possamos almejar a superação. A falta de autonomia do enfermeiro, o distanciamento do profissional da área, a hegemonia médica, os sentimentos de impotência diante da medicalização do parto, a falta de apoio da gestão de saúde, gestão das maternidades e gestão do cuidado desfavorecem a atuação do enfermeiro no parto de risco habitual.

Entendendo que os fenômenos são caracterizados pela existência das contradições e das incertezas, podemos compreender a atuação do enfermeiro obstetra e visualizar o fenômeno de possibilidades construído pelas contradições existentes durante a atuação desse profissional nos processos de nascimento. Compreender as contradições e desordens é fundamental para a construção do processo do cuidado.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA P. G.; CARVALHO, G. M.; OLIVEIRA, L. R. Enfermagem obstétrica: descobrindo as facilidades e dificuldades do especialista nesta área. **O Mundo da Saúde**, São Paulo,; v. 32, n. 4, p. 458-465, 2008. Disponível em: <[http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/65/07\\_Enfermagem\\_baixa.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/65/07_Enfermagem_baixa.pdf)>. Acesso em: 08 dez. 2015.

BEHRUZI, R. et al. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. **Pregnancy and Childbirth**, v. 10, n. 25, p. 2-18, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-10-25.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2013.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p. (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 163 de 22 de setembro de 1998. Dispõe sobre as atribuições do enfermeiro obstetra e da obstetritz. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 1-24, 1998.

BRUGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, set./out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/03.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2014.

CAGNIN, E.R.G.; MAMEDE, M.V.; MAMEDE, F.V. Atenção qualificada ao trabalho de parto: um estudo descritivo. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 10, p. 3266-74, out. 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/fanricio/Downloads/6047-62821-1-PB.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2014.

CAUS, E. C. M. et al. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 1, p. 34-40, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a05.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2015

COLLAÇO, V. S. **Parir e nascer num novo tempo: o significado para o casal do parto domiciliar planejado atendido por enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami / Florianópolis, SC, 2013. 365p. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.**

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; DANTAS, J.C. Efetividade de estratégias não- farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 438-45, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a25v43n2.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2013.

FIGUEIREDO, G. S. et al. Episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 181-5, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a02.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2013.

GALIANO-MARTINEZ, J. M. Implementação do novo modelo de atendimento ao parto. Atitude dos profissionais. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 3, n. 5, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn5/serIIIIn5a07.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2013.

GOMES, M. L.; MOURA, M. A. V.; SOUZA, I. E. de O. A prática obstétrica da enfermeira no parto institucionalizado: uma possibilidade de conhecimento emancipatório. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 763-71. Jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a24.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

GAYESKI, M. E; BRÜGGEMANN, O. M. Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 2, mar./abr. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt\\_03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_03.pdf)>. Acesso em: 24 maio 2013.

KASAI, K.E. et al. Women's opinions about mode of birth in Brazil: a qualitative study in a public teaching hospital. **Midwifery**. v. 26, n. 3, p. 319-326, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613808000788>>. Acesso em: 24 maio 2013.

MONTICELLI, M. et al. Especialização em enfermagem obstétrica: percepções de egressas quanto ao exercício profissional e satisfação na especialidade. **Texto contexto – enferm.**, v. 17, n. 3, p. 482-491. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a09v17n3.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

MORIN, E. **A via para o futuro da humanidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011a.

MORIN, E. **O método 4**. As ideias, habitat, vida, costumes, organização. Tradução de Juremir Machado da Silva. 5 ed. Porto Alegre: Edição Sulina. 320 p, 2011b.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 13 ed. Rio de Janeiro: Bertrand, Brasil, 2010. 350 p.

NASCIMENTO, N. M. et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc. Anna Nery**. v.14, n. 3, p. 456-461, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a04.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2013.

PEREIRA, A. L. F. et al. Cuidados e resultados da assistência na sala de relaxamento de uma maternidade pública, Rio de Janeiro, Brasil.

**Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 566-73, jul./set. 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a11.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2013.

PORFÍRIO, A. B.; PROGIANTI, J. M.; SOUZA, D. O. M. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 2, p. 331-6, abr./jun. 2010.

Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a16.htm>>. Acesso em: 27 dez. 2014.

ROMANO, A. M.; LOTHIAN, J. A. Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence. **JOGNN**, v. 37, n. 94-105, 2008. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2007.00210.x/pdf>>. Acesso em: 22 maio 2013.

SILVA, L. M. et al. Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta Paul Enferm.**, v. 24, n. 5, p. 656-62, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/10v24n5.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2013.

SILVA, T. F.; COSTA, G. A. B.; PEREIRA, A. L.F. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 82-7, jan./mar. 2011. Disponível em:

<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/21116/13942>>. Acesso em: 20 maio 2013.

STARK, M. A.; RUDELL, B.; HAUS, G. Observing position and movements in hydrotherapy: a pilot study. **JOGNN**, v. 37, p. 116-122, 2008. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2007.00212.x/pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2013.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de Teoria Fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288p.

TORRES, J. A.; SANTOS, I.; VARGENS, O. M. C. Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sociopoético. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis. v. 17, n. 4, p. 656-64, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/05.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2013.

VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M.; SILVEIRA, A. C. F. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. **Rev. esc. enferm. USP.**, v. 42, n. 2, p. 339-346. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a17.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2015.

VELHO, M. B.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. dos. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Rev. bras. enferm.**, v. 63, n. 4, p. 652-659, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/23.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2014.

WEI, C. Y; GUALDA, D. M. R.; SANTOS JUNIOR, H. P. O. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puerperas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis. v. 20, n. 4, p. 717-25, out./dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/10.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2013.



## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desvelar o caminho que possibilitasse as respostas para as inquietações presentes em minha trajetória acadêmica e profissional em relação à prática do cuidado do enfermeiro obstetra no parto hospitalar foi motivador. Então, esta, precisava ser estudada na perspectiva de contribuir para a mudança de modelo do cuidado obstétrico no Estado do Rio Grande do Norte. Dessa forma, passamos a realizar os seguintes questionamentos: Como o enfermeiro vem experienciando a prática do cuidado à mulher no parto hospitalar? Quais os significados que os enfermeiros atribuem à sua prática do cuidado à mulher no parto hospitalar? Que modelos de cuidado se configuram a partir desta prática?

Para respondê-los tivemos como objetivo: Compreender as práticas de cuidado do enfermeiro à mulher no parto hospitalar a partir dos significados atribuídos por esses profissionais no Estado do Rio Grande do Norte; e Elaborar modelo teórico das práticas de cuidado do enfermeiro obstetra à mulher no parto hospitalar, o que foi alcançado através do fenômeno CONFIGURANDO O MODELO DA PRÁTICA DO CUIDADO DO ENFERMEIRO OBSTETRA À MULHER NO PARTO HOSPITALAR: REVELANDO CONTRADIÇÕES E POSSIBILIDADES.

Durante o caminho percorrido por meio da abordagem qualitativa e pelos pressupostos da TFD, foi possível compreender por meio dos dados e conceitos a magia de ser enfermeiro obstetra e a frustração vivenciada na profissão. Esta contradição nos levou a pensar no referencial teórico que pudesse fornecer a compreensão desses elementos: do prazer e do desprazer, do mágico e motivador para o real e desestimulante. O princípio dialógico favorece manter a dualidade no seio da unidade. Consegue associar termos complementares e antagônicos. Estes processos contraditórios são peculiares no exercício profissional da enfermagem obstétrica. Nesse contexto, o pensamento complexo trouxe fluidez, no sentido de melhor compreender o fenômeno.

A metodologia proporcionou ainda a organização e relação das categorias mais gerais em um modelo paradigmático de acordo com os pressupostos de Strauss e Corbin. Modelo este que nos faz enxergar, compreender e, por que não dizer, vivenciar, através dos dados, a prática do cuidado do enfermeiro no parto hospitalar no Estado do Rio Grande do Norte.

A construção processual das categorias proporcionou, em cada fase, o desvelamento do fenômeno. Seguiremos discorrendo sobre cada uma delas.

VIVENCIANDO OS CENÁRIOS DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE: DOS LIMITES HISTÓRICOS A EVENTOS CONTEMPORÂNEOS traduziu o contexto de inserção da prática do enfermeiro obstetra, sinalizando a importância histórica das parteiras leigas e das parteiras hospitalares na organização de práticas obstétricas na referida localidade. O reconhecimento delas esteve sempre presente. Numa concepção histórica de evolução das profissões e evolução legal e ética, essas parteiras deixaram de atuar no referido estado e os profissionais não médicos que realizam os partos nos hospitais passaram a ser os enfermeiros obstetras. Então, essa relação foi elucidada pelos entrevistados da pesquisa.

Sendo assim, os partos realizados por enfermeiros com especialização em obstetrícia acontecem em realidades distintas e complexas. Nesse sentido, há uma dicotomia importante das maternidades em relação à autonomia do enfermeiro obstetra. Nas maternidades vinculadas ao ensino há uma significativa evolução do trabalho do enfermeiro obstetra, diferentemente da realidade encontrada nas maternidades municipais e estaduais do Rio Grande do Norte, ocorrendo um retrocesso nos últimos anos. Os cenários de prática diferenciados retratam o investimento realizado pelos gestores de saúde, bem como as perspectivas de formação e das instituições de ensino nos contextos de atuação do enfermeiro.

A categoria EMERGINDO CONDIÇÕES QUE FAVORECEM A CONSOLIDAÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA: PERSPECTIVAS E DESAFIOS revelou as condições causais do fenômeno, ou seja, fatos que o influenciam. Assim, a formação dos profissionais enfermeiros obstetras é a primeira condição que pode influenciar no desenvolvimento da prática. Os enfermeiros obstetras devem ter uma formação voltada para o acompanhamento e realização do parto de risco habitual, embasado nos princípios humanísticos. Então, respeitar o protagonismo da mulher, planejar o cuidado de acordo com suas necessidades, inserir o acompanhante e o pai do bebê no processo de parto, promover as técnicas não farmacológicas de alívio da dor, acolher, estar atento, ser paciente e ter identidade com a profissão são pré-requisitos para o bom desempenho do enfermeiro. A formação que contemple as referidas competências deve, então, ser o diferencial em relação às outras profissões que assistem o parto. As competências



política, estética, ética e atitudinal devem permear a competência técnica.

Porém, na realidade estudada existem dificuldades no que se refere às habilidades e competências do enfermeiro obstetra. As poucas experiências na prática obstétrica, a dificuldade nos eixos teóricos e a não absorção dos profissionais nos serviços, pela dificuldade de espaço dos egressos na assistência ao parto, favorecem o não reconhecimento do enfermeiro em algumas maternidades, bem como a falta de autonomia que estes vivenciam no exercício profissional. Entendemos como dificuldades que precisam ser superadas pelos órgãos formadores, pelos cursos de especialização, pelas instituições da prática e de ensino.

A competência técnica, política e estética devem fazer a composição curricular dessa formação. Estar seguros para acompanhar a prática e ávidos para conquistar espaços são responsabilidades desses profissionais.

As relações e interações que o enfermeiro obstetra desenvolve no cuidado consolidam o perfil do profissional para atuar no novo modelo de assistência ao parto humanizado. Estar aberto, sendo receptivo e acolhendo a parturiente numa construção de vínculos é caracterizado como motivador nas relações. Assim a parturiente, familiar, o pai do bebê, e os profissionais de saúde fazem parte do circuito de relações cotidianas e produtivas no fazer e ser enfermagem na assistência ao parto. Os estudantes têm sido o grande diferencial, pois o enfermeiro com autonomia consegue se destacar na condução do parto natural, tanto com os estudantes de enfermagem, como com os estudantes de medicina da graduação e das residências em saúde. É um novo despertar para a profissão o de ser referência para o parto de baixo risco na concepção dos discentes da área da saúde.

A relação e interação com o médico irá depender do local de atuação desse enfermeiro. Nas poucas maternidades em que o profissional tem autonomia e segurança a relação é extremamente satisfatória. Já, em outras maternidades, o enfermeiro é impedido de atuar, pela disputa de poder e de espaço com o profissional médico. A gestão de saúde, gestão das maternidades e gestão do cuidado têm uma interferência significativa para esta realidade. Os gestores discorreram sobre a importância da atuação do enfermeiro, porém a operacionalização não é eficaz. A falta de governabilidade nos processos enraizados culturalmente nas corporações impedem mudanças significativas nos contextos das maternidades.

Percebe-se, no entanto, que o enfermeiro é o profissional que articula as relações e consegue ser uma referência positiva no exercício

da sua profissão, quando consegue atuar com despreendimento e independência. Isto é, quando o enfermeiro é o sujeito do cuidado no parto de baixo risco.

A categoria **VIVENCIANDO AS DESORDENS NA PRÁTICA DO CUIDADO DO ENFERMEIRO OBSTETRA: O OLHAR COMPLEXO AO FENÔMENO** retratou as condições intervenientes no fenômeno, demonstrando as dificuldades encontradas durante a prática do cuidado do enfermeiro obstetra no parto.

Dessa forma, a falta de autonomia do enfermeiro obstetra, a presença do poder médico nas maternidades, a violência obstétrica presente nas instituições de nascimento, vista como uma concepção natural do evento, as fragilidades nos processos de gestão, a pouca efetividade das redes de atenção à saúde, e o desenvolvimento de sentimentos negativos dos enfermeiros, em decorrência das várias dificuldades enfrentadas no exercício da profissão, são as principais desordens enfrentadas no nosso fenômeno.

Considerar as desordens e compreendê-las é necessário para o enfrentamento e a superação. A complexidade traz esse olhar na perspectiva de considerar as desordens para poder ordenar e então pensar na organização como dinâmica nos processos de crescimento e de superação. Não se consegue explicar um fenômeno a um princípio de ordem pura, nem tampouco a um princípio de desordem pura, nem a um princípio de organização última. É necessário que estes princípios sejam misturados e combinados. É decisão dos enfermeiros obstetras superar as dificuldades e serem autônomos no fazer em obstetrícia. Conquistar os espaços é favorecer o exercício da cidadania e extrapolar os limites das dificuldades, considerando-as e compreendendo-as.

No que se refere às ações/interações estratégicas do fenômeno em estudo, a categoria **CONSTRUINDO ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA DO RIO GRANDE DO NORTE, NA PERSPECTIVA DOS SISTEMAS COMPLEXOS ADAPTATIVOS** retrata a possibilidade de superação dos entraves vivenciados na prática do cuidado do enfermeiro no parto e aponta a necessidade de conquistar a autonomia e os espaços da enfermagem obstétrica no Estado do Rio Grande do Norte e a importância de construir interações e relações favoráveis para o crescimento e reconhecimento do trabalho do enfermeiro obstetra. O incentivo às maternidades modelo poderá favorecer a disseminação de modelos assistenciais favoráveis à condução do parto natural no RN, assim como poderá ser polo de capacitação das práticas em saúde. Para a viabilidade dessas estratégias deverão estar envolvidos os órgãos de

classes da enfermagem, como a ABEN, ABENFO e Conselhos de enfermagem, bem como as instituições formadoras. Nesse contexto, pensar nos Sistemas Complexos Adaptativos é compreender uma abordagem que supera os pressupostos de linearidade de causa e efeito e considera os fenômenos da saúde e outros sistemas como um processo dinâmico. As interações e as relações de diferentes componentes afetam simultaneamente e são moldadas pelo sistema. O sistema de saúde, bem como a prática do cuidado de enfermagem são organizações maiores e/ou menores, mas que caracterizam-se por serem complexas e, dessa forma, sujeitas à cooperação para obter vantagens adaptativas que se unem formando um agregado, que passam a se comportar como o indivíduo e se auto-organizam. Assim, comportam-se os Sistemas Complexos Adaptativos.

A quinta categoria - REVELANDO CONTRADIÇÕES E POSSIBILIDADES NA PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO OBSTETRA - é a categoria do fenômeno que representa as articulações de todas as outras categorias e a multidimensionalidade do fenômeno. Entender as características do cuidado do enfermeiro obstetra à mulher no parto trouxe a construção do processo de trabalho do enfermeiro obstetra e a partir daí as dimensões humanísticas. Assim, Desconstruindo o tecnicismo para construir a humanização na assistência ao parto; Construindo significados na prática do enfermeiro obstetra e identificando riscos e prevenindo intercorrências na assistência ao parto representam a necessidade de avançar para a realização do parto de baixo risco, com o mínimo de intervenção e com o respeito ao protagonismo da mulher. Este parto deverá ser realizado pelo enfermeiro com responsabilidade, autonomia e competência técnica. Evoluir do tecnicismo a humanização no cuidado obstétrico não é tarefa fácil, mas, se levarmos em consideração a concepção do paradigma da complexidade, é importante a compreensão dos processos para poder avançar. É desconstruir e construir. É favorecer o parto humanizado, muitas vezes num ambiente desfavorável. É superar o insuperável. É vivenciar as contradições, as desordens, as inquietações e movimentos circulares, para almejar o crescimento e os avanços na prática do cuidado do enfermeiro no parto de baixo risco.

O enfermeiro obstetra desenvolve a prática do cuidado à mulher no parto hospitalar, considerando a importância do acolhimento, da construção de vínculos, do respeito à cultura e ao protagonismo da mulher, construindo as interações com os demais profissionais da saúde e oferecendo as técnicas não farmacológicas de alívio da dor, além de promover a presença do acompanhante e inserir o pai do bebê no

processo do nascimento. Assim, ele desenvolve o cuidado, humanizando o momento do parto.

Porém, os significados que os enfermeiros atribuem à sua prática no cuidado são permeados por contradições, ora positivas, ora negativas, ou seja, satisfação e insatisfação, realização, frustração, autonomia, dependência, alegria, tristeza, impotência, superação, luta, fracasso. Essas contradições são o resultado dos cenários de práticas dos enfermeiros obstetras que também apresentam-se diferentes, ou melhor, favoráveis e desfavoráveis. A complexidade fornece um olhar amplo, compreensivo, não linear e principalmente sujeito aos movimentos dinâmicos, interativos, relacionais e, por que não dizer, complexos.

O Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde, em consonância com a Organização Mundial de Saúde, e as ações descentralizadas das Secretarias de Saúde do Estado e do Município direcionam as políticas e objetivam a garantia de acesso, de resolutividade, de qualidade e de humanização assistencial. Estar atento e participar das discussões para a melhoria da assistência obstétrica no RN também é responsabilidade dos enfermeiros obstetras. A Rede Cegonha tem favorecido o envolvimento de diversos atores nos encaminhamentos de soluções em relação aos processos de nascimento, contudo a nossa pesquisa aponta as dificuldades de operacionalização da referida rede. São muitas vezes lutas contra hegemônicas que favorecem a acomodação e a não evolução dos processos. Construir as linhas de cuidado na assistência à mulher, com definição de fluxos assistenciais e integração, definição de responsabilização, definição de construção de protocolos assistenciais, de garantia de acesso, de vinculação da gestante com as maternidades e equipe de saúde, de humanização e de interação dos profissionais são os principais desafios enfrentados no Estado do RN. Superar as dificuldades é primeiro compreender a complexidade e estar abertos a almejar novas possibilidades, considerando e envolvendo as principais contradições e incertezas presentes no fenômeno. Compreender as políticas públicas e estar inseridos nos contextos de discussão e construção é almejar as mudanças e ser sujeito ativo no fazer saúde, e especificamente na atenção à mulher no estado do RN.

A pesquisa possibilitou a compreensão da prática do cuidado do enfermeiro à mulher no parto hospitalar, numa perspectiva de contribuir para repensar a prática obstétrica no nosso estado e, a partir daí, considerar as contradições e desordens, para almejar as possibilidades de mudança de modelo no processo de nascimento, com o aumento no número de partos naturais e saudáveis.

Nesse sentido, se faz necessário incorporar o modelo de assistência à mulher no parto, a partir da referida pesquisa, que sinaliza as contradições e possibilidades para o avanço da enfermagem obstétrica no RN.

Possibilitou, ainda, a discussão da necessidade de melhoria nos processos formativos da enfermagem obstétrica, da necessidade de interações e relações favoráveis que deverão ser construídas pelos enfermeiros em sua atuação, bem como da necessidade premente do envolvimento dinâmico dos gestores de saúde e gestores dos hospitais/maternidades e gestores do cuidado na priorização da prática do enfermeiro obstetra. A mudança no contexto será possível, a partir dessa discussão e do enfrentamento da crise. É importante a desordem para ordenar.

A pesquisa abre a possibilidade de novos estudos e traz lacunas que podem incentivar outras pesquisas na área, a partir do momento em que algumas inquietações são apresentadas como motivadoras para serem mais bem estudadas.

A abstração dos conceitos, a relação das categorias e a elaboração do paradigma de análise sustentaram a tese: A prática de cuidado do enfermeiro obstetra à mulher no parto hospitalar configura-se como um modelo de cuidado integral, complexo, relacional, humanizado e ético orientado pelas políticas públicas e evidências científicas atuais, com ênfase no protagonismo e empoderamento feminino.

Quanto às recomendações do estudo:

#### **Para a Enfermagem**

Diante das dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros obstetras no que diz respeito à formação, melhorar os cursos de enfermagem obstétrica e aprimorar as competências necessárias para o bom desenvolvimento do cuidado no parto de risco habitual;

Sensibilizar os profissionais que atuam na assistência ao parto sobre a necessidade constante de capacitação para a melhoria do atendimento e /ou da atuação;

Incentivar os enfermeiros obstetras para o exercício da cidadania e a luta por espaços de atuação, através da competência técnica e política;

Envolver os órgãos de classe no enfrentamento das discussões de espaços da enfermagem obstétrica; Manter o envolvimento da ABENFO em ações efetivas para a melhoria da enfermagem obstétrica;

Evitar a conquista de espaço, através de atitudes radicais e desagregadoras no âmbito da saúde e especificamente na assistência obstétrica;

Demonstrar disponibilidade em construir parcerias com a equipe médica, demonstrando competência técnica e evitando disputa de espaço;

Estar atento e seguro na condução do parto.

**Para os gestores de saúde**

Priorizar a assistência ao parto de risco habitual realizado por enfermeiros;

Fornecer condições físicas, condições de formação e de espaço para a atuação do enfermeiro obstetra;

Garantir escalas de enfermeiros obstetras nas maternidades para a realização dos partos de baixo risco;

Criar protocolos e definição dos processos de trabalho do médico e do enfermeiro obstetra para o parto de risco habitual;

Evitar estratégias de remuneração que incentivem a concorrência por partos e conseqüentemente à desumanização da assistência obstétrica;

Estipular metas e indicadores, baseados em diretrizes ministeriais para as maternidades sob sua gestão;

Instituir as boas práticas obstétricas nas maternidades sob sua gestão;

Promover eventos para definir estratégias de viabilidade de organização do modelo de assistência ao parto;

Promover espaços de integração do médico e enfermeiro obstetra;

Incentivar as maternidades que possuem a atuação do enfermeiro obstetra, como forma de disseminar o modelo de atenção ao parto;

Priorizar a atuação do enfermeiro obstetra nos centros obstétricos, evitando mantê-los em atividades diferentes de sua especialidade.

## REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, M. C. E. Administração complexa: revendo as bases científicas da administração. **RAE eletrônica.**, v. 2, n. 1, jan./jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/raeel/v2n1/v2n1a15.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

BEHRUZI, R. et al. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. **BMC Pregnancy and Childbirth.**, v. 10, p. 25, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-10-25.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2013.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra.** 10. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2005. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)>. Acesso em: 16 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Hospital Universitário Ana Bezerra – UFRN.** Santa Cruz, 2015d. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/huab-ufrn>>. Acesso em: 20 fev. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012b. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União.** Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **Informações de Saúde**. Brasília, 2014a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/C03b.html>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: rede de colaboração de humanização da gestão e da atenção do SUS. Brasília, [2015a]. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/4-a-rede-humaniza-sus>>. Acesso em: 16 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação a maternidade ...**Diário Oficial da União**, Brasília, 2007. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm)[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm)>. Acesso em: 17 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. SUS. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília, 2013a. Acesso em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm\\_saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=35197](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35197)>. Acesso em: 21 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal do Governo brasileiro. **Painel de monitoramento de mortalidade materna**. Brasília, 2014b. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>. Acesso em: 16 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 653, de 28 de maio de 2003. Estabelece que o óbito materno... **Diário Oficial da União**. Brasília, 2003.



BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2815, de 29 de maio de 1998. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1998. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2815.htm>>. Acesso em: 16 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.160, de 30 de setembro de 2013. Certifica 7(sete) unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2013c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri2160\\_30\\_09\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri2160_30_09_2013.html)>. Acesso em: 16 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)... **Diário Oficial da União**. Brasília, 2015c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011\\_07\\_01\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html)>. Acesso em: 20 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011; Portaria n.º 2351, de 05 de outubro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2011a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_consolidada\\_cegonha.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_consolidada_cegonha.pdf)>. Acesso em: 01 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 163, de 22 de setembro de 1998. Regulamentar a realização do procedimento 35080019 – Parto normal sem distocia realizado pelo enfermeiro obstetra. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1998c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.815, de 29 de maio de 1998b. Incluir na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS)... **Diário Oficial da União**. Brasília, 1998b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2815.htm>>. Acesso em: 26 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.883, de 4 de junho de 1998a. Instituir o Prêmio Nacional Prof. Galba de Araújo... **Diário Oficial da União**. Brasília, 1998a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2883.htm>>. Acesso em: 27 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 466, de 14 de junho de 2000. Estabelecer como competência dos estados e do Distrito Federal a definição de limite, por hospital... **Diário Oficial da União**. Brasília, 2000c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000. Institui no âmbito do SUS o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Portaria**. Brasília, 2000b. Disponível em: <[http://www.spp.org.br/portaria\\_569\\_GM.pdf](http://www.spp.org.br/portaria_569_GM.pdf)>. Acesso em: 07 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 572 GM de 01 de junho de 2000. Art. 1º Instituir o Componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2000d. Disponível em: <[http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/temas/saude/portaria\\_GM\\_572\\_2000.pdf](http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/temas/saude/portaria_GM_572_2000.pdf)>. Acesso em: 16 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha... **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650\\_05\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html)>. Acesso em: 27 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013b. Estabelece diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN)... **Diário Oficial da União**. Brasília, 2013b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/legislacoes-recentes/legislacoes/gm/119250-904.html>>. Acesso em: 11 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 985 GM de 05 de agosto de 1999. Criar o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1999. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0985.html>>. Acesso em: 16 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução normativa - RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais...**Diário Oficial da União**, Brasília, 2015b. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com\\_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2892](http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2892)>. Acesso em: 17 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução-RDC N° 36, de 3 de junho de 2008 –ANVISA. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-n-36-de-03-de-junho-de-2008>>. Acesso em: 18 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo.** Brasília, 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao\\_do\\_SUS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf)>. Acesso em: 18 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher.** Brasília, 2012a. 444 p. Disponível em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011\\_parte1\\_cap1.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte1_cap1.pdf)>. Acesso em: 23 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Prêmio Galba de Araújo. O reconhecimento para quem valoriza o parto humanizado.** Brasília, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília, 2001. 60 p.

BRASIL. Nascer no Brasil. Inquérito nacional sobre parto e nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, 2014c. Disponível em: <[http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_943835885.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_943835885.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Decreto N° 94.406, De 8 De Junho De 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1987. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/D94406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm)>. Acesso em: 27 fev. 2014.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 135-49, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a02.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2013.

BURNS L. Supervision: promoting birth as a normal physiological event. **Journal: The practising midwife**, v. 15, n. 10, p. 15,-16, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23243827>>. Acesso em: 24 maio 2012.

CAMPOS, G. V. S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1865-1874, 2007b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/09.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2013.

CAMPOS, G. V. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-6, 2007a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a02v12n2.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2013.

CECÍLIO L. C. O. The death of Ivan Ilyich, by Leo Tolstoy: points to be considered regarding the multiple dimensions of healthcare management. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, supl.1, p. 545-55, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a07v13s1.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

CENTRO REGIONAL DE INFORMAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS. **Objetivo de desenvolvimento do milênio 5 Melhorar a saúde materna**. Bélgica, 2013. Disponível em: <<http://www.unric.org/pt/objectivos-de-desenvolvimento-do-milenio-actualidade/27669>>. Acesso em: 17 fev. 2015.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para a análise qualitativa, tradução Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHEUNG, N. F. et al. Clinical outcomes of the first midwife-led normal birth unit in China: a retrospective cohort study. **Midwifery.**, v. 27, n. 5, p. 582-87, 2011a. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026661381000080X>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

CHEUNG, N. F. et al. Views of chinese women and health professionals about midwife-led care in China. **Midwifery.**, v. 27, n. 6, p. 842-47, 2011b. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613810001440>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN-223/1999. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiro na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2231999\\_4266.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2231999_4266.html)>. Acesso em: 20 jun. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN-195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiros. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 1997. Disponível em: <[http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997\\_4252.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997_4252.html)>. Acesso em: 20 jun. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN-339/2008. Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra nos centros de Parto Normal e /ou casa de Parto e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 2008. Disponível em: <[http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3392008\\_4364.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3392008_4364.html)>. Acesso em: 20 jun. 2008.

**COSTA, M. C. M. D. R. Vivendo o bem-estar no desconhecido:**

experiência da mulher com a presença do acompanhante no processo de parto. Natal, 2007. 118 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2007. Disponível em:

<[http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=107468](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=107468)>. Acesso em: 15 abr. 2013.

DAVIDS-FLOYD, R. E. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology Obstetrics**.,v. 75, supl. 1, p. S5-S23, nov. 2001.

DAVIM, R. M. B.; BEZERRA, L. G. de M. Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no Projeto Midwifery: um relato de experiência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** ., v. 10, n.5, p. 727-732, 2002. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a16.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2015.

DAVIS, D. L; WALKER, K. Case-loading midwifery in New Zealand: making space for childbirth. **Midwifery**, v. 26, n. 6, p. 603-608, 2010. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613809000072>>. Acesso em: 23 maio 2013.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2015.

DINIZ, C. S. G; Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2015.

ERDMANN, A. L. et al. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 467-71, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a16.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2013.

ERDMANN, A. L. et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Revista Texto Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 483-491, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a14.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2013.

ERDMANN, A. L. **Sistema de cuidado de enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFPel, 1996.

GARCIA, S. A. L.; LIPPI, U. G; GARCIA, S. A. L. O parto assistido por enfermeira obstetra: perspectivas e controvérsias. **RBPS**, Fortaleza, v. 23, n. 4, p. 380-388, out./dez., 2010. Disponível em: <[http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/artigo11\\_2010.4.pdf](http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/artigo11_2010.4.pdf)>. Acesso em: 12 mar. 2013.

GIROT, E. A.; ENDERS, B. C. Transforming the obstetric nursing workforce in NE Brazil through international collaboration. **Journal of Advanced Nursing**. v. 50, n. 6. p. 571–675, 2005.

GOMES, M. L.; MOURA, M. A. V.; SOUZA I. E. O. A prática obstétrica da enfermeira no parto institucionalizado: uma possibilidade de conhecimento emancipatório. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 763-71, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a24.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2015.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Secretária da Saúde Pública. **Hospital Dr. José Pedro Bezerra, Santa Catarina**. Natal, 2013.



KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 11. ed. São Paulo: Perspectiva, 2011. (Coleção Debates, 115).

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup: S17-S47, 2014.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2015.

MACEDO, P. O. et al. As tecnologias de cuidado em enfermagem obstétricas fundamentadas na teoria ambientalista de Florence Nightingale. **Esc. Anna Nery Ver. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 341-7, jun. 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a22.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

MAZZO, M. H. S. N.; BRITO, R. S.; ENDERS B. C. A percepção de docentes de um curso de enfermagem sobre enfermagem sobre o ensino teórico prático dos cuidados à parturiente. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 398 - 405, dez. 2003.

Disponível em: <<file:///C:/Users/fanricio/Downloads/v7n3a13.pdf>>.

Acesso em: 16 fev. 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011. 549 p.

MERCÊS, C. A. M. F.; ROCHA, R. M. Teoria de Paterson e Zderad: um cuidado de enfermagem ao cliente crítico sustentado no diálogo vivido. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 470-5, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v14n3/v14n3a21.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2013.

MINAYO, M. C. S. O. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010. 407 p.

MORAIS, F. R. R. **A humanização no parto e no nascimento: os saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública brasileira.** Natal, 2010. 271f. Tese (Doutorado) Programa de Pós Graduação em psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2010. Disponível em: <file:///H:/TESE%20DA%20MATERNIDADE%20DE%20FELIPE%20OCAMAR%C3%83O.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2013.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento.** 20. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

MORIN, E. **A via para o futuro da humanidade.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.

MORIN, E. **Ciência com consciência.** 13. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo.** 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011b.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários para a educação do futuro.** 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2011a.

NASCER NO BRASIL. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Sumário Executivo Temático da Pesquisa. **A mãe sabe como parir e o bebê sabe quando e como nascer.** Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2015.

NASCIMENTO, N. M. et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 456-461, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a04.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2013.

NATAL. **Plano Municipal de Saúde 2014 -2017**: diretrizes, objetivos e metas. Natal, 2014.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**: um guia para cuidadores na atualidade. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Saúde Materna e Neonatal/ Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. Genebra, 1996.

OPAS/OMS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OPAS/OMS Brasil**. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://new.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=885&Itemid=672](http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=885&Itemid=672)>. Acesso em: 11 jun. 2013.

PADILHA, M. I.; BORENSTEIN; M. S.; SANTOS, I. **Enfermagem**: história de uma profissão. São Caetano do Sul: Difusão Editora. 2011. 477p.

PATERSON, J. G.; ZDERARD, L. T. **Enfermeria humanística**. México: Editorial Limusa, 1979.

PEREIRA, A. L. F. (Org.) **Legislação profissional e marcos regulatórios da prática assistencial da enfermeira obstétrica no Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da UERJ, 2010. Disponível em: <<http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/039.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2013.

PEREIRA A. L. F. et al. Cuidados e resultados da assistência na sala de relaxamento de uma maternidade pública, Rio de Janeiro, Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 566-73, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a11.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2013.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD. **Secretário-geral da ONU lança relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e sobre os desafios a serem enfrentados até 2030**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/Noticia.aspx?id=4009>>. Acesso em: 25 maio 2015.

PROGIANTI, J. M; MOUTA, R. J. O. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 165:9, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a04.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2013.

QUITETE, J. B.; VARGENS, O. M. C. O poder no cuidado da enfermeira obstétrica. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 315-20, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a03.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2013.

REHUNA - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Quem somos**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos>>. Acesso em: 17 fev. 2015.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n1/28.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

SOUZA, H. R. **A arte de nascer em casa**: um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo. 2005. 155f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

SOUTO, K. M. B. A política de atenção integral a saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER social**, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, jan./jun, 2008. Disponível em: <[http://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/viewFile/17/18](http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewFile/17/18)>. Acesso em: 12 mar. 2015.

SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 911-18, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/27.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de Teoria Fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 288p.

SZWARCWALD, C. L. Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 14 jun. 2015.

TÔRRES, J. J. M. Teoria da complexidade: uma nova visão de mundo para a estratégia. In: Encontro Brasileiro de Estudos da Complexidade - PUC/PR, 1., 2005, Curitiba. **Anais eletrônicos...** Curitiba, 2005.

Disponível em:

<<http://wp.ufpel.edu.br/consagro/files/2010/09/TORRES-Teoria-Da-Complexidade-e-Estrategia.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

TRIBUNA DO NORTE. **Maternidade das Quintas dá exemplo de superação.** Natal, 2010b. Disponível em:

<<http://tribunadonorte.com.br/noticia/maternidade-das-quintas-da-exemplo-de-superacao/147943>>. Acesso em: 22 fev. 2015.

TRIBUNA DO NORTE. **Mortalidade materna no RN é três vezes maior que taxa tolerada pela OMS.** Natal, 2010a. Disponível em:

<<http://tribunadonorte.com.br/noticia/mortalidade-materna-no-rn-e-tres-vezes-maior-que-taxa-tolerada-pela-oms/149449>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

TYRREL, M. A. R.; SANTOS, A. E. V.; LUCAS, E. A. J. C. F. Ensino de enfermagem obstétrica no Brasil: (des)acertos 1972-1996. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 677-81, nov./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a09v58n6.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2013.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para um ensino de graduação. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 106-13, 2011. Disponível em:

<[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0211/pdfs/IS31\(2\)039.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0211/pdfs/IS31(2)039.pdf)>. Acesso em: 24 maio 2013.

WATSON, J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 129-35, jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a16v16n1.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2013.

WATSON, J. **Enfermagem pós-moderna e futura**. Um novo paradigma da enfermagem. [Lisboa]: Lusociência, 2002a.

WATSON, J. **Enfermagem**: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. [Lisboa]: Lusociência, 2002b.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **10 facts on midwifery**. Genebra, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/features/factfiles/midwifery/en/index.html>>. Acesso em: 11 jun. 2013

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Women and health: today's evidence tomorrow's agenda**. Genebra, 2009. Disponível em: <[http://www.who.int/gender/women\\_health\\_report/en/](http://www.who.int/gender/women_health_report/en/)>. Acesso em: 11 jun. 2013.





## APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM/ DINTER/UFRN-UFSC

### Carta de Solicitação de Anuência Institucional

Eu, Alacoque Lorenzini Erdmann, Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pesquisadora responsável pelo estudo intitulado “Experiência do cuidado de enfermagem no parto: modelo da assistência obstétrica” solicito autorização para que a doutoranda **Maria Cláudia Medeiros Dantas de Rubim Costa**, aluna do Curso de Doutorado, na modalidade interinstitucional, da Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (DINTER UFSC/UFRN ), possa realizar coleta de dados junto a essa conceituada Instituição.

A pesquisa tem por objetivo geral: Compreender o significado atribuído pelo enfermeiro sobre a experiência no cuidado à mulher no parto e elaborar modelo teórico do cuidado de enfermagem no parto em serviços de referência da assistência à mulher no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil.

A pesquisa será realizada junto aos enfermeiros, clientes do serviço, gestores de saúde e gestores das maternidades vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte, à Secretaria Municipal de Saúde de Natal e as maternidades vinculadas a UFRN.

Será utilizada uma pesquisa qualitativa através do referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados para a coleta, análise e interpretação dos resultados. A técnica utilizada para a coleta dos dados será a de entrevistas, mediante aquiescência do participante do estudo.

A justificativa deste estudo se insere na necessidade de construção de um modelo de assistência de enfermagem obstétrica no Estado do Rio Grande do Norte, e para o incremento da produção científica sobre o referido tema. Asseguramos que os resultados obtidos no estudo serão utilizados apenas para fins científicos e garantimos absoluto sigilo das informações. No desenvolvimento da pesquisa serão respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Desta forma, antes da coleta de dados, a pesquisa será submetida à apreciação

do Sistema CEP/CONEP, que é integrado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP). Para isto, o protocolo de pesquisa será cadastrado, juntamente com todos os documentos necessários, na Plataforma BRASIL, que é o sistema oficial de lançamento de pesquisas para análise e monitoramento do Sistema CEP/CONEP.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora e pela doutoranda, através dos contatos, respectivamente: (48) 3721-4910 e, (084) 99551535, (084) 32912324, ou ainda pelos correios eletrônicos: [alacoque@newsite.com.br](mailto:alacoque@newsite.com.br) e [mclaudiadantas@gmail.com](mailto:mclaudiadantas@gmail.com)

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho, agradecemos antecipadamente.

Florianópolis (SC), 08 de agosto de 2013.

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Alacoque Lorenzini Erdmann  
Coordenadora da Pesquisa

---

Maria Cláudia M. D. de Rubim Costa  
Estudante do Doutorado

**APÊNDICE B**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM/ DINTER/UFSC

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

Título do Estudo: Experiência do cuidado de enfermagem no parto:  
modelo da assistência obstétrica

Pesquisadores: Maria Cláudia Medeiros Dantas de Rubim Costa

Alacoque Lorenzini Erdmann (pesquisadora responsável)

**01. Após a análise do projeto e da solicitação**

\_\_\_\_\_ Autorizamos a coleta de dados na instituição

\_\_\_\_\_ Não autorizamos a coleta de dados na instituição

**02. Quanto à divulgação**

\_\_\_\_\_ Autorizamos menção do nome na instituição no relatório  
técnico - científico

\_\_\_\_\_ Não autorizamos menção do nome na instituição no relatório  
técnico- científico

**03. No que diz respeito ao relatório escrito**

\_\_\_\_\_ Requeremos a apresentação dos resultados na instituição

\_\_\_\_\_ Não requeremos a apresentação dos resultados na instituição

Natal/ RN, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2013

---

Responsável



## APÊNDICE C



Eu, Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann (pesquisadora responsável), juntamente com a pesquisadora Maria Cláudia Medeiros Dantas de Rubim Costa, discente do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada Experiência do cuidado de enfermagem no parto: modelo da assistência obstétrica, que tem como objetivo: Compreender o significado atribuído pelo enfermeiro sobre a experiência no cuidado à mulher no parto e elaborar modelo teórico do cuidado de enfermagem no parto, em serviços de referência da assistência à mulher no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que seguirá os pressupostos da Teoria Fundamentada nos Dados, a ser realizada em maternidades do Estado do Rio Grande do Norte que possuam a atuação do enfermeiro no parto. A coleta de dados será realizada mediante entrevista com enfermeiros, gestores de saúde, diretores de hospital e clientes dos serviços. Para o registro das informações fornecidas pelos participantes da pesquisa, pediremos a permissão para gravar a entrevista, das quais resguardaremos o sigilo e anonimato.

Esse estudo justifica-se pela necessidade de fortalecer a prática obstétrica qualificada e humanizada realizada pelo enfermeiro, considerando sua importância para o favorecimento de mudança de modelo assistencial no nascimento, sendo este profissional o agente de transformação, imprescindível para a saúde reprodutiva. Trará também contribuição para a disseminação da prática para outras realidades do país.

Os riscos envolvidos com sua participação na pesquisa serão mínimos. Você poderá sentir constrangimento em responder alguma pergunta. No entanto, sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Você também tem o direito de não responder a questões caso não se sinta a vontade ou a considere muito pessoal ou lhe cause incômodo falar sobre o assunto. O desconforto da entrevista será minimizado por meio da realização da

entrevista em local que preserve a confidencialidade das informações. Caso ocorra necessidade, você será assistido e acompanhado pelas pesquisadoras para corrigir possíveis danos, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ou a interrupção da pesquisa. Embora não haja benefícios diretos, ao participar do estudo, você estará contribuindo para a discussão sobre a experiência do cuidado de enfermagem no parto e a elaboração de modelos da assistência obstétrica no estado do Rio Grande do Norte. Os resultados serão publicados e divulgados em periódicos e eventos científicos.

A pesquisadora Maria Cláudia M. D. R. Costa estará disponível para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelo telefone (84) 9955.1535, pelo e-mail [mclaudiadantas@gmail.com](mailto:mclaudiadantas@gmail.com) ou pessoalmente, como também a pesquisadora responsável Alacoque Lorenzini Erdmann, através do tel: (48) 9641-1875, e-mail: [alacoque@newsite.com.br](mailto:alacoque@newsite.com.br). O endereço do CEP para contato é: Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFRN), Praça do Campus, Campus Universitário, CP 1666, Natal, 59.078-970, RN, e-mail [cepufnr@reitoria.ufrn.br](mailto:cepufnr@reitoria.ufrn.br); telefone: +55-84-3215-3135 ou Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, CEP 88040900. Florianópolis, SC tel: (48)3721-9206; email: [cep@reitoria.ufsc.br](mailto:cep@reitoria.ufsc.br).

Nesses termos e considerando-se livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo da pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante:

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante:

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_ Data:

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**APÊNDICE D**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM/ DINTER/UFRN-UFSC

Projeto de Pesquisa: **Experiência do cuidado de enfermagem no parto:**  
modelo da assistência obstétrica.

Pesquisadora: Maria Cláudia Medeiros Dantas de Rubim Costa

Pesquisadora Orientadora: Profa Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Entrevista \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_

Duração: \_\_\_\_\_ Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

**FORMULÁRIO DO ENFERMEIRO****Caracterização**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_ Instituição \_\_\_\_\_

Tempo de atuação na área de obstetrícia: \_\_\_\_\_

Local de atuação como enfermeiro obstetra: \_\_\_\_\_

**Questões norteadoras**

- 1) Como você desenvolve a prática do cuidado de enfermagem à mulher no parto?
- 2) Quais os significados que você atribui a sua prática do cuidado à mulher no parto?





**APÊNDICE E**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM/ DINTER/UFRN-UFSC

Projeto de Pesquisa: Experiência do cuidado de enfermagem no parto:  
modelo da assistência obstétrica.

Pesquisadora: Maria Cláudia Medeiros Dantas de Rubim Costa

Pesquisadora Orientadora: Profa Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Entrevista \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Horário \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_

Duração: \_\_\_\_\_ Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

**FORMULÁRIO DOS GESTORES DE SAÚDE****Caracterização Pessoal**

Nome \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Tempo na gestão de saúde \_\_\_\_\_

Formação \_\_\_\_\_

**Caracterização da Gestão**

Vinculação \_\_\_\_\_

Tipo \_\_\_\_\_

Nº de maternidades no sistema de saúde \_\_\_\_\_

**Questões norteadoras**

- 1) Como você experiencia e significa o cuidado à mulher no parto realizado por enfermeiros na maternidade sob sua gestão?



**APÊNDICE F**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM/ DINTER/UFRN-UFSC

Projeto de Pesquisa: **Experiência do cuidado de enfermagem no parto:**  
modelo da assistência obstétrica

Pesquisadora: Maria Cláudia Medeiros Dantas de Rubim Costa

Pesquisadora Orientadora: Profa Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Entrevista \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_

Duração: \_\_\_\_\_ Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

**FORMULÁRIO DOS DIRETORES DE MATERNIDADE****Caracterização Pessoal**

Nome \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Tempo na direção do hospital \_\_\_\_\_

Formação \_\_\_\_\_

**Caracterização da Instituição**

Nome \_\_\_\_\_ Vinculação \_\_\_\_\_

Número de leitos \_\_\_\_\_ Número de leitos obstétricos \_\_\_\_\_

Taxa de cesárea \_\_\_\_\_ Taxa de ocupação obstétrica \_\_\_\_\_

Número de enfermeiros que realizam parto \_\_\_\_\_

Títulos e Reconhecimentos \_\_\_\_\_

**Questão norteadora**

- 1) Como você experiencia e significa o cuidado à mulher no parto realizado por enfermeiros na maternidade sob sua gestão?



**APÊNDICE G**

Programa  
de Pós-Graduação  
em Enfermagem

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM/ DINTER/UFRN-UFSC

Projeto de Pesquisa: Experiência do cuidado de enfermagem no parto:  
modelo da assistência obstétrica  
Pesquisadora: Maria Cláudia Medeiros Dantas de Rubim Costa  
Pesquisadora Orientadora: Profa Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Entrevista \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Horário \_\_\_\_\_  
Local \_\_\_\_\_  
Duração: \_\_\_\_\_ Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

**FORMULÁRIO DOS MÉDICOS****Caracterização Pessoal**

Nome \_\_\_\_\_  
Idade \_\_\_\_\_ Tempo de atuação \_\_\_\_\_  
Formação \_\_\_\_\_

**Caracterização da Instituição**

Nome \_\_\_\_\_ Vinculação \_\_\_\_\_  
Número de leitos \_\_\_\_\_ Número de leitos obstétricos \_\_\_\_\_  
Taxa de cesárea \_\_\_\_\_ Taxa de ocupação obstétrica \_\_\_\_\_  
Número de enfermeiros que realizam parto \_\_\_\_\_  
Títulos e Reconhecimentos \_\_\_\_\_

**Questão norteadora**

- 1) Como você experiencia e significa o cuidado à mulher no parto realizado por enfermeiros na maternidade onde você atua?



**ANEXO A****APÊNDICE F**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM/ DINTER/UFRN-UFSC

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

Título do Estudo: Experiência do cuidado de enfermagem no parto: modelo da assistência obstétrica

Pesquisadores: Maria Cláudia Medeiros Dantas de Rubim Costa

Alacoque Lorenzini Erdmann (pesquisadora responsável)

**01. Após a análise do projeto e da solicitação**

Autorizamos a coleta de dados na instituição

Não autorizamos a coleta de dados na instituição

**02. Quanto à divulgação**

Autorizamos menção do nome na instituição no relatório técnico - científico

Não autorizamos menção do nome na instituição no relatório técnico-científico

**03. No que diz respeito ao relatório escrito**

Requeremos a apresentação dos resultados na instituição

Não requeremos a apresentação dos resultados na instituição

Natal/ RN, 05 de 09 de 2013

---

Secretário Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte

Lúcio Roberto de Sá Fernandes

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA





## ANEXO B

	<p align="center"><b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b></p> <p align="center"><b>Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – DGTES</b></p> <p align="center"><b>Setor de Desenvolvimento Profissional da Educação na Saúde – SDPES</b></p>	<p align="center">MISSÃO</p> <p>“Nossa missão é servir com excelência, ética e eficiência, contando com servidores competentes e valorizados, primando todos pelo respeito ao cidadão e ao meio ambiente, contribuindo para fazer de Natal uma cidade cada vez mais humana, socialmente mais justa, solidária e sustentável, com a melhor qualidade de vida para toda a população”.</p>
---	--	---

## TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro por meio deste que esta Secretaria Municipal de Saúde está de acordo como a coleta de dados da pesquisa intitulada “**Experiência do Cuidado de Enfermagem no Parto: modelo da assistência obstétrica**”, coordenada pelo(a) **Profª Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann**, realizada nos **Hospitais Maternidades** da Rede de Saúde do município de Natal/RN, a ser desenvolvido pela discente **Maria Cláudia Dantas de Rubim Costa**, doutoranda em **Enfermagem** através do Programa de Pós-Graduação da **UFSC** em parceria com a **UFRN**, no período de Julho de 2013 à Julho de 2015.

Consideramos que este projeto poderá contribuir para a produção de conhecimentos acerca desse tema. Em virtude disso, autorizamos a presença da aluna nas dependências dos Hospitais Maternidades, bem como a abordagem aos profissionais/usuários da Rede Municipal de Saúde de Natal.

Cabe destacar que, a divulgação dos resultados obtidos em fóruns, revistas/jornais científicos ficará autorizada, desde que seja mantido o sigilo sobre a identificação das unidades/usuários.

Natal, 03 de Setembro de 2013.

  
 Cipriano Maia de Vasconcelos  
 Secretário Municipal de Saúde do Natal/RN



**ANEXO C****APÊNDICE F**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM/ DINTER/UFRN-UFSC

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

Título do Estudo: Experiência do cuidado de enfermagem no parto: modelo da assistência obstétrica

Pesquisadores: Maria Cláudia Medeiros Dantas de Rubim Costa

Alacoque Lorenzini Erdmann (pesquisadora responsável)

**01. Após a análise do projeto e da solicitação**

SIM (X) Autorizamos a coleta de dados na instituição

NÃO ( ) Não autorizamos a coleta de dados na instituição

**02. Quanto à divulgação**

SIM (X) Autorizamos menção do nome na instituição no relatório técnico - científico

NÃO ( ) Não autorizamos menção do nome na instituição no relatório técnico-científico

**03. No que diz respeito ao relatório escrito**

SIM (X) Requeremos a apresentação dos resultados na instituição

NÃO ( ) Não requeremos a apresentação dos resultados na instituição

Natal/ RN, 09 de agosto de 2013.

  
**ÂNGELA MARIA PAIVA CRUZ**  
Reitora  
Ângela Maria Paiva Cruz  
REITORA



## ANEXO D

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** EXPERIÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PARTO:  
modelo da assistência obstétrica

**Pesquisador:** Alacoque Lorenzini Erdmann

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 22505013.0.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 507.327

**Data da Relatoria:** 10/02/2014

**Apresentação do Projeto:**

Trata o processo de um projeto de pesquisa para o doutoramento da acadêmica Maria Cláudia Medeiros Dantas de Rubim Costa, no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação de Alacoque Lorenzini Erdmann, que assina a Folha de rosto junto com a Subcoordenadora do programa.

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 507.327

O estudo pretende ser uma pesquisa qualitativa preocupada experiência do cuidado de Enfermagem no parto, com análise realizada por meio da "Teoria Fundamentada nos Dados". Será realizado nas maternidades de referência do Estado do Rio Grande do Norte que possuem histórico de humanização da assistência nas fases do processo de parto, bem como atuação de enfermeiro obstetra.

Como desfecho primário aponta que a "elaboração de um modelo teórico fortalecerá o direcionamento das ações assistenciais pautados em conceitos construídos a partir da elucidação do objeto do estudo, podendo sinalizar novas possibilidades para a atuação do enfermeiro"

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

- Compreender o significado atribuído pelo enfermeiro sobre a experiência no cuidado à mulher no parto.
- Elaborar modelo teórico do cuidado de enfermagem no parto em serviços de referência da assistência à mulher no Estado do Rio Grande do Norte.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Indicados no projeto submetido

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Informações adicionais sobre a pesquisa estão devidamente descritas nos campos do presente Parecer e nos documentos submetidos do processo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Informações adicionais sobre a pesquisa estão devidamente descritas nos campos do presente Parecer e nos documentos submetidos do processo.

**Recomendações:**

Não se aplica

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Uma vez que todas as recomendações indicadas foram devidamente atendidas, sou favorável à aprovação do presente parecer

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3721-5206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 507.327

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FLORIANOPOLIS, 07 de Janeiro de 2014

---

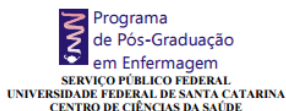
**Assinador por:**  
**Washington Portela de Souza**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Campus Universitário Rector João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-5205 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br





## ANEXO E



**Instrução Normativa 10/PEN/2011**

**Florianópolis, 15 de junho de 2011.**

Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem

A Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o que deliberou o Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em reunião realizada no dia 15/06/2011 e considerando o que estabelece o Regimento do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC,

**RESOLVE:**

**Art. 1.** Alterar o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

**Art. 2.** As teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador.

**Art. 3.** A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da tese ou da dissertação. O formato incluirá:

a) Em dissertações de Mestrado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

b) Em teses de Doutorado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 3 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com os demais artigos que contemplarão os resultados da pesquisa principal desenvolvida na tese.

- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

**Art. 4.** Orientações gerais:

- § 1.º Todos os artigos, assim como os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;
- § 2.º A impressão final deverá seguir as normas de formatação da UFSC. Também a versão para avaliação da Banca Examinadora poderá estar formatada neste padrão;
- § 3.º Após a defesa pública, revisão final do trabalho de conclusão e sua entrega ao Programa e Biblioteca Universitária, os artigos deverão ser convertidos às normas dos periódicos selecionados e submetidos aos mesmos;
- § 4.º Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B1 ou superior para Doutorado e B2 ou superior para Mestrado. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas;

**Art. 5.** Esta Instrução Normativa altera a Instrução Normativa 06/PEN/2009, entra em vigor nesta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Original firmado na Secretaria PEN

Aprovado pelo Colegiado PEN em 15/06/2011